

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
VIOLÈNE DUBREUIL-BRIZARD

INTERVENTIONS D'ERGOTHÉRAPEUTES
AUPRÈS DE PERSONNES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE DE
THÉSAURISATION PATHOLOGIQUE

13 DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Merci à toutes les personnes qui ont su m'apporter un précieux soutien tout au long de la réalisation de ce présent projet. Parmi ceux-ci, je remercie les membres de ma famille, mon conjoint et mes amies qui m'ont écouté et épaulé, mais surtout mes parents qui m'ont toujours encouragé à travers mon parcours académique. Je remercie aussi ma directrice d'essai, directrice et professeure au département d'ergothérapie, Mme Ginette Aubin, qui s'est montrée disponible pour guider l'accomplissement de ce projet de recherche. Ce dernier n'aurait pas pu être possible non plus sans la générosité des ergothérapeutes qui m'ont partagé leurs expériences. C'est donc avec fébrilité et avec un agréable sentiment d'accomplissement que je remets cet ouvrage qui clôt mes études en ergothérapie au répertoire de recherches étudiantes.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
RÉSUMÉ	ix
ABSTRACT.....	x
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Personnes présentant une PTP : particularités et problématiques associées	3
2.1.1. Réticence à recevoir de l'aide	6
2.2. Conséquences de la TP.....	8
2.2.1. Conséquences sur l'environnement physique	8
2.2.2. Conséquences sur la participation occupationnelle.....	8
2.2.3. Conséquences sur la personne.....	9
2.2.4. Conséquences sur l'environnement social	11
2.3. Interventions actuellement utilisées.....	12
2.4. Objectifs de recherche	14
2.5. Pertinence du projet.....	14
3. CADRE CONCEPTUEL	17
3.1. Modèle de la relation intentionnelle	17
3.2. Modèle de l'occupation humaine	18
3.2.1. L'être humain	19
3.2.2. L'occupation.....	19
3.2.3. La participation occupationnelle.....	20
4. MÉTHODE	21
4.1. Devis de recherche.....	21
4.2. Participants.....	21
4.2.1. Modalités de recrutement	22
4.3. Collecte des données.....	22
4.4. Méthode d'échantillonnage	22
4.5. Analyse des données	23
4.6. Considérations éthiques.....	23
5. RÉSULTATS	24
5.1. Description des participants aux entrevues et de leur milieu de travail	24
5.2. Caractéristiques des personnes présentant une PTP vues par les participants	25

5.3. Développement de la relation thérapeutique entre les ergothérapeutes et les personnes présentant une PTP.....	28
5.3.1. Développement de la relation thérapeutique entre E1 et P2	28
5.3.1.1. Caractéristiques de P2 rapportées par E1 lors du développement de la relation thérapeutique.....	28
5.3.1.2. Perceptions de E1 sur le développement de la relation thérapeutique avec P2	29
5.3.1.3. Fin du processus thérapeutique entre E1 et P2	29
5.3.2. Développement de la relation thérapeutique entre E2 et P3	30
5.3.2.1. Caractéristiques de P3 rapportées par E2 lors du développement de la relation thérapeutique.....	30
5.3.2.2. Perceptions de E2 sur le développement de la relation thérapeutique avec P3	30
5.3.2.3. Fin du processus thérapeutique entre E2 et P3	30
5.3.3. Développement de la relation thérapeutique entre E2 et P4	31
5.3.3.1. Caractéristiques de P4 rapportées par E2 lors du développement de la relation thérapeutique.....	31
5.3.3.2. Perceptions de E2 sur le développement de la relation thérapeutique avec P4	31
5.3.3.3. Fin du processus thérapeutique entre E2 et P4	32
5.3.4. Développement de la relation thérapeutique entre E3 et P6	32
5.3.4.1. Caractéristiques de P6 rapportées par E3 lors du développement de la relation thérapeutique.....	32
5.3.4.2. Perceptions de E3 sur le développement de la relation thérapeutique avec P6	32
5.3.4.3. Fin du processus thérapeutique entre E3 et P6	33
5.3.5. Développement de la relation thérapeutique entre E4 et P10	33
5.3.5.1. Caractéristiques de P10 rapportées par E4 lors du développement de la relation thérapeutique.....	33
5.3.5.2. Perceptions de E4 sur le développement de la relation thérapeutique avec P10 ..	34
5.3.5.3. Fin du processus thérapeutique entre E4 et P10	34
5.3.6. Développement de la relation thérapeutique entre E4 et P11	35
5.3.6.1. Caractéristiques de P11 rapportées par E4 lors du développement de la relation thérapeutique.....	35
5.3.6.2. Perception de E4 sur le développement de la relation thérapeutique avec P11	35
5.3.6.3. Fin du processus thérapeutique entre E4 et P11	36
5.3.7. Synthèse du développement des relations thérapeutiques	36
5.4. Modalités du processus thérapeutique avec chaque personne.....	37
5.5. Principes d'intervention utilisés par les participants auprès de personnes présentant une PTP	38
5.5.1. Principes d'intervention ayant permis d'établir la relation thérapeutique selon les participants	39
5.5.1.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à établir la relation thérapeutique.....	42
5.5.2. Principes d'intervention ayant permis de maintenir la relation thérapeutique selon les participants	43

5.5.2.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à maintenir la relation thérapeutique.....	45
5.5.3. Principes d'interventions ayant contribué à diminuer la réticence des personnes selon les participants	45
5.5.3.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'interventions visant à diminuer la réticence des personnes.....	47
5.5.4. Principes d'intervention à prioriser auprès d'une personne présentant une PTP selon les participants	48
5.5.4.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention à prioriser selon les participants	49
5.5.5. Principes d'intervention ayant permis de diminuer les comportements de TP selon les participants	50
5.5.5.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à diminuer les comportements de TP	53
5.6. Principes d'intervention des participants et modes thérapeutiques.....	55
6. DISCUSSION.....	59
6.1. Développement de la relation thérapeutique	59
6.2. Impacts du contexte de pratique sur le processus thérapeutique.....	60
6.3. Particularités des personnes présentant une PTP	61
6.4. Intervention ayant été utilisées par les participants	61
6.5. Aider les personnes à soutenir leur participation occupationnelle.....	63
6.6. MRI et principes d'intervention des participants	63
6.6.1. Modes thérapeutiques et principes d'intervention des participants	64
6.7. Forces et limites de l'étude	64
6.8. Retombées de l'étude pour la pratique de l'ergothérapie	65
7. CONCLUSION	67
RÉFÉRENCES.....	69
ANNEXE A.....	75
ANNEXE B.....	76
ANNEXE C.....	79
ANNEXE D.....	80
ANNEXE D.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Définition des modes thérapeutiques du MRI	18
Tableau 2. Description des participants aux entrevues (ergothérapeutes)	25
Tableau 3. Description des personnes présentant une PTP auprès desquelles les participants sont intervenus	27
Tableau 4. Modalités du processus de pratique avec chaque personne présentant une PTP.....	38
Tableau 5. Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à établir la relation thérapeutique	43
Tableau 6. Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à maintenir la relation thérapeutique	45
Tableau 7. Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention ayant contribué à diminuer la réticence des personnes	47
Tableau 8. Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention à prioriser selon les participants.....	50
Tableau 9. Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à diminuer les comportements de TP	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Le modèle de la relation intentionnelle en ergothérapie (Adapté de Taylor, 2008)	17
Figure 2. Fréquence des modes thérapeutiques des ergothérapeutes	56
Figure 3. Fréquence des modes thérapeutiques par catégorie d'interventions	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
EX	Ergothérapeute ayant participé à une entrevue
MOH	Modèle de l'occupation humaine
MRI	Modèle de la relation intentionnelle
PTP	Problématique de thésaurisation pathologique
PX	Personne présentant une PTP auprès de laquelle est intervenu un participant
SIV	Suivi d'intensité variable
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TP	Thésaurisation pathologique
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
WHO	<i>World Health Organization</i>

RÉSUMÉ

Problématique : Les personnes vivant avec une problématique de thésaurisation pathologique (PTP) présentent une altération de leur fonctionnement quotidien en raison de l'encombrement d'objets dans leur milieu de vie. Puisque la majorité de ces personnes sont réticentes à recevoir de l'aide, il est difficile de développer une relation thérapeutique avec celles-ci. Or, cette action est essentielle à toute intervention thérapeutique. D'ailleurs, plusieurs ergothérapeutes signalent le besoin d'être mieux outillés pour intervenir auprès de ces personnes. **Objectifs :** Cette étude vise à explorer comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec des personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide et à explorer comment ces ergothérapeutes interviennent auprès de ces personnes afin de soutenir leur participation occupationnelle. **Cadre conceptuel :** Deux modèles conceptuels ont orienté l'élaboration de cette étude, soit le Modèle de la relation intentionnelle (MRI) et le Modèle de l'occupation humaine. **Méthode :** Une étude qualitative descriptive avec une approche phénoménologique a été menée. À partir des résultats recueillis à la suite des entrevues réalisées avec des ergothérapeutes, une analyse thématique a été effectuée. Celle-ci a permis de faire ressortir les différentes interventions que les participants utilisent auprès de personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide. Une autre analyse thématique a été effectuée afin d'associer ces interventions aux modes thérapeutiques du MRI. **Résultats :** Quatre ergothérapeutes ont participé à une entrevue individuelle semi-structurée. Pour établir la relation thérapeutique, les participants ont répondu aux besoins de bases des personnes présentant une PTP et les ont aidé à se fixer un objectif réaliste. Pour maintenir cette relation, ils ont conservé un rôle d'accompagnement en s'adaptant aux besoins immédiats des personnes. Afin de réduire la réticence de celles-ci, les participants ont respecté leur rythme et leurs intérêts avant d'intervenir sur la PTP. Ces ergothérapeutes ont priorisé la création du lien de confiance, la sécurité, l'élaboration d'objectifs à court terme et la visite du domicile. Pour diminuer les comportements de TP, ils ont réalisé plusieurs rencontres régulières, utilisé un horaire occupationnel avec des périodes de tri d'objets, et soutenu l'introspection des personnes. Le mode thérapeutique "être empathique" se dégage de la majorité de ces interventions. Plusieurs de ceux-ci sont teintés du mode "résoudre des problèmes", quelques-uns aux modes "enseigner" et "collaborer", et aucun ne correspond au mode "plaidoyer". **Discussion :** Les ergothérapeutes ayant des mandats d'intervention de plus de six mois et pouvant se rendre chez leurs clients plusieurs fois par semaine sont avantagés pour intervenir auprès des personnes présentant une PTP. Il semble aussi qu'avec les personnes ayant déjà créé un lien thérapeutique avec l'ergothérapeute ou avec un autre professionnel de l'équipe, le développement de la relation thérapeutique est facilité. **Conclusion :** Intervenir pour une PTP nécessite du temps et des rencontres régulières, ce qui n'est pas possible dans tous les milieux de travail des ergothérapeutes. Il serait pertinent de sonder plusieurs autres ergothérapeutes sur le même sujet afin de recommander des interventions à utiliser auprès de cette population.

Mots clés : thésaurisation pathologique, accumulation compulsive, intervention, approche, ergothérapie.

ABSTRACT

Issue: People living with hoarding disorder (HD) have an alteration of their daily functioning due to the clutter of objects in their living environment. Since most of these people are reluctant to receive help, it is difficult to develop a therapeutic relationship with them. However, this action is essential to any therapeutic intervention. In fact, many occupational therapists point out the need to be better supported to intervene with these people. **Objectives:** The purpose of this study is to explore how occupational therapists establish and maintain a therapeutic relationship with individuals with HD who are reluctant to receive help and to explore how these occupational therapists work with these individuals to support their occupational participation. **Conceptual Framework:** Two conceptual models guided the development of this study, the Intentional Relationship Model (IRM), and the Model of Human Occupation. **Method:** A descriptive qualitative study with a phenomenological approach was conducted. Based on the results of the interviews with occupational therapists, a thematic analysis was conducted. This helped to highlight the different intervention principles that participants use from people with HD who are reluctant to receive help. Another thematic analysis was carried out to associate these principles of intervention with the therapeutic modes of IRM. **Results:** Four occupational therapists participated in a semi-structured individual interview. To establish the therapeutic relationship, participants responded to the basic needs of people with HD and helped them set a realistic goal. To maintain this relationship, they have maintained a role of accompaniment in adapting to the immediate needs of the people. To reduce their reluctance, participants respected their pace and interests before working on the HD. These occupational therapists prioritized the creation of trust, safety, short-term goal setting, and home visitation. To reduce the behavior of HD, they have made several regular meetings, used an occupational schedule with periods of sorting objects, and supported the introspection of people. The therapeutic mode of "being empathetic" emerges from most of these interventions. Many of these are tainted with "problem solving", some with "teach" and "collaborate" modes, and none with "advocacy" mode. **Discussion:** Occupational therapists with intervention mandates of more than six months and who can visit their clients several times a week have an advantage in intervening with people with HD. It also seems that with people who have already created a therapeutic link with the occupational therapist or with another professional on the team, the development of the therapeutic relationship is facilitated. **Conclusion:** Intervening for a HD requires time and regular meetings, which is not possible in all occupational therapists' work environments. It would be appropriate to survey several other occupational therapists on the same topic to recommend interventions for this population.

Key words: hoarding disorder, intervention, approach, occupational therapy.

1. INTRODUCTION

La thésaurisation pathologique (TP), qui était appelée trouble d'accumulation compulsive avant 2013 dans la 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), est un trouble de santé mentale peu connu, malgré sa prévalence de 2% à 6% de la population aux États-Unis et en Europe (American Psychiatric Association [APA], 2015). À l'occasion, des cas de TP, aussi nommée syllogomanie ou *hoarding disorder* en anglais, sont rapportés dans des bulletins d'information et dans les journaux. En outre, la diffusion de la série télévisée américaine *Hoarders: Buried Alive*, et sa traduction francophone *Désordre extrême*, montrant la réalité de personnes ayant une problématique de TP (PTP), permettent de faire sortir cette dernière de l'ombre. Cela dit, ce qui est connu à ce jour à propos des individus présentant une PTP est leur difficulté persistante à se départir de leurs biens, en raison d'un besoin qu'ils perçoivent de les conserver ou d'une détresse associée au fait de s'en départir (APA, 2015). Cette difficulté engendre une accumulation puis un encombrement des biens dans le milieu de vie de ces personnes. L'envahissement de l'environnement physique immédiat de celles-ci, à savoir leur domicile, entraîne également une altération de leur fonctionnement quotidien (APA).

L'ergothérapeute est un expert en habilitation de l'occupation qui vise à optimiser le fonctionnement autonome et sécuritaire de la personne dans ses occupations significatives au quotidien et dans son environnement (ACE, 2012). Ce professionnel a donc un rôle à jouer pour aider les personnes présentant une PTP. Toutefois, évacuer les objets accumulés du domicile de la personne, lesquels représentent des obstacles environnementaux nuisant aux occupations de celle-ci, en désencombrant d'un seul coup n'est pas la solution. En effet, cela peut s'avérer être extrêmement traumatisant pour la personne (O'Connor, St-Pierre-Delorme et Koszegi, 2012). De plus, il est reconnu qu'il est difficile d'entrer en relation avec ces personnes en raison de la réticence à recevoir de l'aide que la majorité d'entre elles présentent (Moreau, 2016). Or, le rôle de l'ergothérapeute et les interventions qu'il peut utiliser auprès de ces personnes sont actuellement peu documentés. D'ailleurs, O'Connor et Koszegi (2016) ont réalisé une recherche exploratoire montrant qu'au Québec, les personnes présentant une PTP sont insuffisamment informées des services disponibles et que les équipes de soins, incluant les ergothérapeutes, se sentent actuellement peu outillées afin de venir en aide à cette clientèle. Cela dit, il existe une demande

importante de la part des intervenants en santé mentale pour que des outils visant la gestion de cas de TP soit développés (O'Connor et Koszegi, 2016).

Le présent projet d'essai consiste donc à explorer comment des ergothérapeutes interviennent auprès de personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide. Tout d'abord, la problématique qui est à la base de ce projet ainsi que les objectifs et la pertinence de cette recherche sont présentés. Ensuite, le cadre conceptuel et la méthode sont exposés, et seront suivis des résultats, de la discussion et de la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, les connaissances actuelles concernant la population ciblée dans cet essai, soit les personnes présentant une PTP, sont d'abord mises de l'avant. Ensuite, il est question spécifiquement de la réticence à recevoir de l'aide, une caractéristique commune à la plupart de ces personnes. Sont par la suite exposées les conséquences de la TP sur l'environnement physique, sur la participation occupationnelle, sur la personne et sur l'environnement social. Enfin, les interventions actuellement utilisées auprès de cette population sont présentées, de même que les objectifs et la pertinence de ce projet.

2.1. Personnes présentant une PTP : particularités et problématiques associées

Afin de bien saisir les caractéristiques inhérentes à la population ciblée, cette section présente les critères diagnostiques de la TP, suivis des particularités de cette population et de leurs problématiques associées. Ensuite, une caractéristique de la TP particulièrement importante à considérer est mise de l'avant, soit la réticence à recevoir de l'aide.

Les critères diagnostiques de la TP, selon le DSM-5 (APA, 2015), sont les suivants :

- A. Difficulté persistante à jeter ou à se séparer de certains objets, indépendamment de leur valeur réelle.
- B. La difficulté est due à un besoin ressenti de conserver les objets et à la souffrance associée au fait de les jeter.
- C. La difficulté à jeter des objets aboutit à une accumulation d'objets qui envahissent et encombrent les lieux d'habitation compromettant de manière importante leur fonction première. Si ces espaces sont dégagés, c'est uniquement grâce aux interventions de tiers (p. ex. des membres de la famille, des agents d'entretien ou des représentants de l'autorité publique).
- D. L'accumulation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (y compris le maintien d'un environnement sans danger pour soi-même et pour les autres).
- E. L'accumulation n'est pas imputable à une autre affection médicale (p. ex. une lésion cérébrale, une affection cérébro-vasculaire).
- F. L'accumulation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. des obsessions dans un trouble obsessionnel-compulsif, une diminution d'énergie dans un trouble dépressif caractérisé, des idées délirantes dans la schizophrénie, des déficits

cognitifs dans un trouble neurocognitif majeur, des intérêts restreints dans un trouble du spectre de l'autisme).

La majorité des personnes aux prises avec une PTP demeurent seules et ont un très faible réseau social (St-Pierre-Delorme, 2015). Plus précisément, 60% de cette population serait isolée ou exclue socialement (Chapin et coll., 2010). En outre, la plupart de celle-ci démontre un manque de reconnaissance de sa problématique (Tompkins, 2011). D'ailleurs, Brakoulis et Milicevic (2015) indiquent qu'environ 50% des personnes présentant une PTP ne reconnaissent pas que leur comportement de thésaurisation est problématique. Cela dit, le manque de reconnaissance du problème, une caractéristique dont la majorité d'entre elles présente, peut expliquer pourquoi elles ne voient pas immédiatement l'utilité de recevoir de l'aide professionnelle et pourquoi elles sont souvent réticentes à l'égard de celle-ci (Tompkins). Ainsi, la PTP est fréquemment identifiée par un intervenant qui avait un tout autre mandat d'intervention au départ (O'Connor et Koszegi, 2016). De plus, lorsqu'elles sont vues dans le cadre d'une intervention thérapeutique, la plupart des personnes ayant une PTP abandonnent en cours de traitement, refusent l'aide à domicile et ont des comportements qui interfèrent avec la thérapie, tels que la non assiduité aux séances, en raison de leur motivation faible et fluctuante (St-Pierre-Delorme). D'ailleurs, la motivation est un enjeu majeur dans l'intervention auprès de cette population (Moreau, 2016). En outre, les individus présentant une PTP et ses problèmes inhérents sont souvent contraints à accepter l'aide d'intervenants psychosociaux à la suite d'une pression externe ou d'une crise, comme une menace d'éviction, par exemple (Franks, Lund, Poulton et Caserta, 2004).

Plus de 75% des personnes présentant une PTP vivent avec d'autres problématiques de santé mentale (APA, 2015). Les plus fréquentes sont le trouble dépressif, les troubles anxieux, particulièrement le trouble d'anxiété généralisée, et la phobie sociale (Frost, Steketee et Tolin, 2011). La TP semble également être associée aux troubles du contrôle des impulsions liées à l'acquisition, telles que l'achat compulsif et la kleptomanie (Mueller, Mitchell, Crosby, Glaesmer et de Zwaan, 2009; Frost, Tolin, Steketee, Fitch et Selbo-Bruns, 2009). D'ailleurs, ces derniers auteurs stipulent que plus de la moitié des personnes présentant une PTP réalisent des achats compulsifs pouvant provoquer des difficultés financières chez elles.

Plusieurs études indiquent que la TP est corrélée à des problèmes importants de la fonction neurocognitive. De fait, Tolin, Villavicencio, Umbach et Kurtz (2011) rapportent que les personnes ayant une PTP présentent souvent des difficultés au plan de l'impulsivité, de la résolution de problèmes et de la mémoire. De plus, le trouble déficitaire de l'attention serait fréquent chez cette population (Frost, Steketee et Tolin, 2011). D'ailleurs, plusieurs études indiquent que les personnes vivant avec une PTP ont plus de difficulté à maintenir leur attention, c'est-à-dire l'attention soutenue, permettant de rester centré sur la tâche, et à utiliser des stratégies de mémoire que les personnes ne présentant pas de trouble de santé mentale (Tolin, Villavicencio, Umbach et Kurtz). Concernant l'habileté de résolution de problèmes, celle-ci implique notamment la capacité à prendre des décisions. Dans la pratique, cela explique pourquoi elles ont beaucoup de difficulté à prendre des décisions et à passer à l'action lorsque vient le temps d'organiser ou de désencombrer leur environnement (St-Pierre-Delorme, 2015).

L'attachement émotionnel excessif qu'ont les personnes présentant une PTP envers leurs possessions est un facteur pouvant influencer le maintien des comportements de thésaurisation (Tompkins, 2015). Elles considèrent souvent leurs objets comme des extensions d'un être qui leur est cher, parfois dans la mesure où jeter quelque chose se révèle comparable à l'abandon de celui-ci. De plus, la plupart du temps, la TP débute par un doute, faisant ainsi ressentir le besoin d'accumuler (St-Pierre-Delorme, 2015). Cette auteure rapporte que sans la présence d'un doute initial, la personne ne ressentirait pas le besoin d'accumuler. Par exemple, si celle-ci achète plusieurs exemplaires d'un même livre, c'est parce qu'elle doute qu'un seul soit suffisant. Dans le même sens, l'individu qui désire se départir d'un objet mais qui décide ensuite de le garder agit ainsi parce qu'il doute que de s'en défaire est une bonne chose. Son doute l'amène donc à croire qu'il aura besoin de cet objet un jour, même s'il ne prévoit pas le moment. Le doute obsessionnel, un sentiment commun chez les personnes présentant une PTP, est accompagné d'une crainte de conséquences associée à ce doute. Souvent, ce sont ces craintes des conséquences anticipées qui maintiennent le doute et qui poussent ces personnes à conserver leurs objets (St-Pierre-Delorme).

Steketee, Frost et Kyrios (2003) énumèrent quatre significations des possessions et des croyances conduisant à l'attachement des personnes présentant une PTP envers leurs objets. Il y a tout d'abord un attachement émotionnel marqué aux objets perçus comme une source d'identité

personnelle. Ensuite, cela peut être un souci lié à la mémoire, donc un besoin de ne jamais oublier la présence des objets ou d'un souvenir associé à ceux-ci. Un fort désir de maintenir le contrôle sur les objets et un sentiment de responsabilité envers les objets sont les deux autres significations des possessions. Cela dit, les personnes présentant une PTP ressentent un besoin de maintenir un contrôle sur leurs objets qu'elles perçoivent comme une source de sécurité. D'ailleurs, le sentiment de sécurité associé à l'accumulation d'objets est un élément commun chez les personnes présentant une PTP (Winter, 2015).

2.1.1. Réticence à recevoir de l'aide

La plupart des personnes présentant une PTP sont réticentes à recevoir de l'aide ou refusent catégoriquement l'aide en raison de quatre facteurs (Tompkins, 2015), lesquels sont détaillés dans les prochains paragraphes. Le premier facteur est la difficulté à reconnaître leur problématique, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas conscience que leur comportement et l'environnement dans lequel elles vivent les mettent elles-mêmes ainsi que les autres en danger. En raison de cette réticence du client, il est souvent difficile d'établir une alliance thérapeutique entre celui-ci et l'intervenant au sein de la relation thérapeutique (Moreau, 2016), de même que de maintenir cette alliance tout au long de la thérapie. Or, selon Moreau, une alliance thérapeutique incomplète ou absente a pour effet de compromettre la thérapie ainsi que la perception que le client conservera des services reçus. Taylor (2008) ajoute que le succès des résultats thérapeutiques avec toute personne dépend d'abord de l'établissement d'une relation thérapeutique solide. Il est reconnu que la TP est un trouble difficile à traiter et que ses interventions apportent souvent peu de résultats concluants, en raison du taux élevé d'abandons à la thérapie de la part des clients, associé à leur réticence à recevoir de l'aide (Tolin, 2011). Outre le faible niveau d'introspection, la peur que les autres découvrent leur problématique, les valeurs personnelles profondément ancrées et le désespoir sont d'autres facteurs pouvant expliquer la réticence à recevoir de l'aide (Tompkins, 2015).

Les chercheurs et les cliniciens s'entendent pour dire que la raison première de la réticence et du refus de l'aide des personnes présentant une PTP est leur faible niveau d'introspection, c'est-à-dire leur manque de reconnaissance de leur problématique (Greenberg, 1987). Selon Frost, Tolin et Maltby (2010), le niveau d'introspection faible et variable observé chez ces personnes peut se définir de trois façons, lesquelles peuvent se chevaucher et interagir entre elles. Premièrement, il

peut s'agir d'anosognosie, qui est un manque de conscience de l'existence de sa problématique ou de ses conséquences. Deuxièmement, cela peut être des idéations surévaluées, correspondant à des croyances fixées et rigides. Troisièmement, la résistance, soit l'utilisation du déni et d'arguments pour résister à l'influence des autres, est une autre forme d'un faible niveau d'introspection (Frost, Tolin et Maltby).

Le deuxième facteur pouvant expliquer la réticence à recevoir de l'aide concerne le fait que la plupart des personnes présentant une PTP craignent que les autres découvrent leur problématique, soit parce qu'ils en ont honte, soit par peur d'être évincé ou de subir des problèmes légaux (Winters, 2015). Ils cachent donc leur réalité aux autres. Selon Winters, la peur de la découverte par autrui affecte profondément la vie des personnes présentant une PTP et celle de leurs proches. De fait, il est fréquent que les membres de la famille de ces personnes partagent cette peur, se demandant ce qui arrivera à l'être cher si d'autres découvrent sa problématique. C'est souvent la peur de la découverte qui empêche ceux qui sont prêts à recevoir de l'aide à demander celle-ci, qui isole l'individu et qui maintient son engagement dans un comportement de thésaurisation persistant pendant de nombreuses années. Par conséquent, cela renforce les *patterns* qui deviennent beaucoup plus difficiles à modifier (Winters).

Les valeurs personnelles et les objectifs de vie des personnes présentant une PTP sont souvent cohérents avec leurs comportements de thésaurisation, ce qui constitue le troisième facteur possible à leur réticence. La plupart du temps, ces comportements satisfont à un ensemble de valeurs importantes à leurs yeux, ce qui réduit leur motivation à modifier ceux-ci, d'où leur réticence. Même si ces personnes reconnaissent leur problématique, certaines valeurs profondément ancrées associées aux objets conservés peuvent rester difficiles à changer (Winters, 2015).

Le dernier facteur pouvant être lié à la réticence de plusieurs personnes présentant une PTP s'explique par le fait que celles-ci ne peuvent pas concevoir leur vie sans tous leurs objets et peuvent avoir tenté durant des années de réduire le désencombrement de leur domicile, sans progrès réel. Par conséquent, elles peuvent être démoralisées face à leurs tentatives répétées pour

résoudre leur problématique. Lorsqu'elles se rendent finalement compte de celle-ci, elles peuvent se sentir désespérées, dépressives et leurs habitudes de TP peuvent s'aggraver (Winters, 2015).

2.2. Conséquences de la TP

La TP constitue une problématique lourde de conséquences pour l'individu qui la présente, mais également pour sa famille et pour la communauté dans laquelle elle vit (Roster, 2015). De fait, la TP est reconnue comme amenant une détérioration dans les sphères personnelle, sociale et occupationnelle de ces individus (Raines, Allan, Oglesby, Short et Schmidt, 2015). Les répercussions de la TP sont donc interreliées : le milieu de vie des personnes présentant une PTP étant encombré, elles sont contraintes dans leurs occupations quotidiennes et peuvent ne plus être en mesure d'exercer de façon satisfaisante leurs rôles (Moreau, 2016), tels que celui de travailleur, de parent ou d'ami. Cela dit, les conséquences de ce trouble de santé mentale sur l'environnement physique, sur la participation occupationnelle, sur la personne, puis sur l'environnement social sont décrites ci-dessous.

2.2.1. Conséquences sur l'environnement physique

La TP a comme particularité d'affecter significativement l'environnement physique de la personne qui présente cette problématique, c'est-à-dire son domicile. Effectivement, la difficulté à jeter ou à se départir d'objets a pour résultat une accumulation de ceux-ci qui remplissent et encombrent les espaces de vie active et compromettent considérablement leur utilisation première (APA, 2015). L'environnement est alors peu ou non fonctionnel. En outre, en raison d'un encombrement important des pièces, certains individus présentant une PTP vivent dans des conditions insalubres (Snowdon, Pertusa et Mataix-Cols, 2012), c'est-à-dire qui compromettent leur santé (Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais, n.d.).

2.2.2. Conséquences sur la participation occupationnelle

L'encombrement de l'environnement physique des personnes présentant une PTP représente un obstacle majeur à la réalisation de leurs occupations quotidiennes (Lallemant, 2016). De fait, plus l'obstruction des espaces et le désordre sont importants, plus les personnes éprouvent des difficultés à fonctionner dans leur milieu de vie (Steketee et Frost, 2014). La TP peut donc entraver la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique telles que cuisiner, faire le

ménage, dormir, se laver et se déplacer dans le domicile, en raison de l'encombrement d'objets (Moreau, 2016). Par exemple, pour cuisiner et manger, il est nécessaire d'avoir un comptoir et une table dégagés, et pour se laver, une baignoire exempte d'objets de toutes sortes. Les loisirs des personnes présentant une PTP peuvent aussi être restreints et négligés dû au manque d'espace pour les accomplir dans leur domicile ou pour y ranger le matériel nécessaire à leur réalisation.

2.2.3. Conséquences sur la personne

Tout d'abord, sur le plan de la personne, l'encombrement d'objets peut compromettre la sécurité de celle-ci, en engendrant des risques de chute et de blessures de même qu'une incapacité à évacuer le domicile si un incendie survient (Diefenbach, DiMauro, Frost, Steketee et Tolin, 2013). D'ailleurs, la sécurité à domicile est tributaire de facteurs de risques, lesquels se rapportent aux circonstances ou aux actions pouvant provoquer un incident (World Health Organization [WHO], 2009, cité dans Desormeaux-Moreau, Dumont, Aubin et Larivière, 2015). Ces facteurs relèvent des caractéristiques de la personne (p.ex. : habiletés, comportements, habitudes), de son environnement (p.ex. : physique, socio-économique, culturel) et de ses occupations (Chiu et Oliver, 2006; Maurice et coll., 1998; WHO, cité dans Desormeaux-Moreau et coll.). Par exemple, une personne qui tente de se préparer un repas chaud (occupation) dans sa cuisine dans laquelle se trouvent une multitude d'objets (environnement physique) en utilisant son four malgré le fait que celui-ci soit également encombré d'objets inflammables (comportement), met sa sécurité en péril, de part ces trois facteurs de risques. De plus, lorsque le domicile présente des problèmes de salubrité, la santé physique des individus qui s'y trouvent est compromise (Gouvernement du Québec, 2017). En effet, lorsque l'encombrement rend l'entretien ménager impossible ou lorsque des objets périssables sont conservés dans le domicile, la personne peut présenter des problèmes respiratoires, des maux de tête (Tolin, Frost, Steketee, Gray et Fitch, 2008) et développer des irritations et des infections (Gouvernement du Québec). De surcroît, le diabète, l'apnée du sommeil, les complications arthritiques, les conditions hématologiques et les problèmes cardiovasculaires sont plus fréquents chez les personnes ayant une PTP (Ayers, Iqbal et Strickland, 2014). Ces maladies chroniques, de même que l'obésité, sont entre autres causées par la mauvaise alimentation liée aux difficultés à cuisiner ainsi que par la sédentarité liée à l'isolement et aux difficultés à se déplacer dans le domicile (Tolin, Frost, Steketee, Gray et Fitch). La santé mentale des personnes présentant une PTP est également à risque d'être affectée en raison de leur isolement

social. En effet, l'isolement social augmente le risque de souffrir de problèmes de santé mentale et se répercute sur l'estime de soi et la confiance en soi (Gouvernement du Canada, 2016). Par conséquent, les personnes diminuent leurs contacts avec la communauté, dont les services de soins de santé, perpétuant ainsi leur isolement (Gouvernement du Canada). Par ailleurs, plusieurs personnes présentant une PTP ressentent de la honte associée à la conservation d'objets et à l'état de leur milieu de vie ou au fait de souffrir d'un problème de santé mentale. Ce phénomène indique que les déterminants personnels de la personne sont affectés, car celle-ci entretient des perceptions négatives d'elle-même à l'égard de ses habiletés ainsi que de ses accomplissements et de leurs conséquences (Kielhofner, 2002). La honte peut perturber l'accomplissement d'activités, car elle pousse la personne à se concentrer sur elle-même, ce qui peut engendrer une confusion se manifestant par une difficulté à penser clairement, à parler et même parfois à agir (Winters, 2015). La honte peut expliquer pourquoi la plupart des personnes présentant une PTP cachent leur problématique à autrui (proches, professionnels de la santé, collègues, etc.) (Moreau, 2016). Toutefois, la crainte d'être évincé ou de subir des problèmes légaux peut aussi mener les personnes présentant une PTP à cacher leur situation (Weingarden et Renshaw, 2015).

La TP est également associée à une situation financière difficile (Moreau, 2016). Par exemple, certaines personnes présentant une PTP ne sont pas en mesure de payer leurs comptes parce qu'ils ne retrouvent pas leurs chéquiers dans le désordre, ce qui peut mener à une perte de cote de crédit et à l'impossibilité de se qualifier pour une assistance financière (Tompkins, 2011). Les difficultés financières peuvent être un facteur important dans le maintien de la TP (Moreau, 2016). D'ailleurs, une situation financière très précaire, tout comme une menace d'éviction, sont souvent ce qui fait débiter les services auprès des personnes présentant une PTP, c'est-à-dire dans une situation de crise (Franks, Lund, Poulton et Caserta, 2004). Par contre, un manque de ressources matérielles telles que la nourriture, les abris, les vêtements et l'argent, ne semble pas être associé au développement de la TP (Landau et coll., 2011). Toutefois, les motivations individuelles liées à la thésaurisation qui résultent des expériences de vie passées (p.ex. : vivre dans l'extrême pauvreté), ainsi que les craintes légitimes d'être incapable de payer pour les objets accumulés dans le futur peuvent jouer un rôle dans le maintien de la TP (Kress, Stargell, Zoldan et Paylo, 2016).

2.2.4. Conséquences sur l'environnement social

Chez les deux tiers des personnes présentant une PTP, leur problématique est nuisible pour les membres de leur famille (Roster, 2015). En effet, selon cette auteure, ces derniers courent les mêmes risques que la personne présentant une PTP pour leur santé, tels que le risque de se blesser. Par conséquent, la plupart des familles d'une personne aux prises avec une PTP ressentent de la colère à son égard (Roster). Selon Sampson (2013) et Park, Lewin et Storch (2014), les proches peuvent se désengager, notamment en s'éloignant physiquement de cette personne, en raison des émotions négatives qu'ils ont à leur égard (p.ex. : colère, dégoût et ne pas se sentir respecté). De plus, l'accumulation d'objets peut représenter un risque d'incendie dans le domicile des personnes présentant une PTP et dans celui de leurs voisins (Tolin, Frost, Steketee, Gray et Fitch, 2008), pouvant ainsi occasionner une relation conflictuelle avec ceux-ci. Relativement à la honte souvent ressentie par les personnes présentant une PTP, la majorité d'entre eux évitent d'inviter des gens dans leur domicile, ce qui peut contribuer à leur isolement social (Ong, Pang, Sagayadevan, Chong et Subramaniam, 2015).

En plus d'affecter les familles et les voisins des personnes présentant une PTP, cette problématique a également des conséquences sur l'environnement social au sens plus large, à savoir sur la société. En effet, ce trouble peut nécessiter l'implication de plusieurs services de la communauté, dont les services de santé et de services sociaux (Ayers et Dozier, 2015). Aussi, les conséquences de la TP sur le plan de l'environnement physique (encombrement d'objets) peuvent causer des problèmes avec le propriétaire du logement dans lequel vit la personne, le service d'inspection du bâtiment, le service de prévention de l'incendie et avec le service de la police (O'Connor et Koszegi, 2016). Cette problématique représente également un fardeau financier pour les communautés et les prestataires de services. Par exemple, le *San Francisco Task Force on Compulsive Hoarding* a estimé, en 2009, qu'environ six millions de dollars sont dépensés chaque année dans cette ville par les prestataires de services publics et privés pour les cas de thésaurisation (San Francisco Task Force on Compulsive Hoarding, 2009). La TP cause également des conséquences chez les professionnels de la santé et des services sociaux (Moreau, 2016 ; Désormeaux-Moreau, Aubin et Larivière, 2017). Cette auteure stipule que le dilemme éthique du respect de l'autonomie de la personne présentant une PTP et de l'adoption d'une approche paternaliste afin de décider pour la personne ce qui est le mieux pour elle (conflit entre la valeur

d'autonomie et celle de protection) est un exemple classique qu'un intervenant peut rencontrer. De plus, cette problématique complexe qu'est la TP peut amener les intervenants à vivre du stress, un épuisement professionnel, du dégoût et du rejet plutôt que de l'empathie envers leur client (Moreau).

2.3. Interventions actuellement utilisées

À ce jour, l'efficacité des traitements pour la TP est limitée (Muroff, Bratitotis & Steketee, 2011). En effet, ces auteurs ont recensé un grand nombre d'études portant sur les traitements pour la TP et soulignent plusieurs limites, telles que des taux d'abandon élevés et des résultats mitigés relativement aux thérapies conventionnelles actuelles. Par exemple, les études qu'ils ont recensées soulèvent certains problèmes avec l'exposition à la suppression d'objets, puisque les personnes présentant une PTP abandonnent lors de cette étape et plusieurs d'entre elles sont réticentes à laisser entrer le thérapeute dans leur demeure (Muroff, Bratitotis, & Steketee).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est le traitement pour la TP ayant été le plus étudié jusqu'à maintenant (Brakoulias et Milicevic, 2015). Il est également celui qui, actuellement, est le plus utilisé par tout professionnel intervenant auprès des gens aux prises avec une PTP, dont des ergothérapeutes, et le plus suggéré dans la littérature (St-Pierre-Delorme, 2015). Le protocole de traitement TCC le plus couramment employé comporte cinq étapes, soit 1) la psychoéducation visant à démystifier la TP, 2) l'amélioration du processus de décision et d'organisation, 3) l'exposition avec prévention de la réponse, 4) la restructuration cognitive et 5) la prévention de la rechute (Frost, Steketee et Greene, 2003; Muroff, Bratitotis et Steketee, 2011). Ce protocole implique des visites à domicile et environ 26 séances de psychothérapie d'une durée approximative de 75 à 90 minutes (Ayers, Bratitotis, Saxena, et Wetherell, 2012). Toutefois, la TCC comporte plusieurs lacunes, telles que les hauts taux d'abandons, les refus de l'aide à domicile et la non-assiduité aux séances chez les personnes présentant une PTP (St-Pierre-Delorme). De plus, lorsqu'elle est utilisée pour un cas de TP, la durée de la TCC est plus longue que lorsqu'elle est employée pour d'autres troubles. Or, pour pallier à ces lacunes, plusieurs tentatives ont été instaurées ces dernières années par les intervenants en santé mentale, tel qu'ajouter des séances d'entrevue motivationnelle, offrir la TCC en format de groupe plutôt qu'individuel et augmenter le nombre de rencontres. Cependant, l'efficacité de ces ajouts demeure limitée (St-Pierre-

Delorme). Aussi, tenter de traiter uniquement les compulsions et l'anxiété associés à la TP provoque une réponse négative au traitement, soit des réactions dommageables pour les personnes présentant une PTP : elles nient, s'obstinent et résistent au changement (Winters, 2015).

Selon un sondage réalisé par Lallemand (2016) auprès de 30 ergothérapeutes au Québec, cinq types d'interventions spécifiquement en lien avec la PTP sont davantage utilisés par ces professionnels. Le premier type d'interventions concerne l'aide au désencombrement, notamment via l'approche par réduction des méfaits afin d'assurer la sécurité des personnes. Le deuxième type d'interventions est la TCC, telles que la restructuration cognitive, des mises en situation pour favoriser la prise de conscience du problème, l'exposition graduée et l'établissement d'un échéancier et d'un horaire pour les séances de tri. L'enseignement (sur la TP et l'anxiété y étant reliée, de stratégies pour contrôler la dépendance, contrer la procrastination et gérer ses émotions, et sur l'aménagement sécuritaire aux déplacements) est un autre type d'interventions que les ergothérapeutes emploient, tout comme l'assistance, le soutien et l'encouragement au quotidien. Certains d'entre eux pratiquent aussi l'entretien motivationnel afin de favoriser le discours de changement des personnes présentant une PTP. Les deux ergothérapeutes ayant été rencontrés en entrevue dans l'étude de Lallemand rapportent que la collaboration multidisciplinaire et intersectorielle ainsi que la relation thérapeutique sont des éléments d'intervention clés auprès des personnes présentant une PTP. Plus précisément, concernant la relation thérapeutique, un des ergothérapeutes précise l'importance de prendre le temps avant d'intervenir directement sur la PTP, d'avoir une écoute active, une attitude de non-jugement et d'utiliser l'humour. Aussi, ces ergothérapeutes rapportent la pertinence de s'appuyer sur une force de la personne présentant une PTP, telle que son réseau social (famille, voisin, ami ou intervenant), et ce, même s'il est très limité, et ses intérêts (p.ex. : musique, artisanat, cuisine, sport) (Lallemand).

Un autre sondage réalisé auprès de 84 ergothérapeutes au Royaume-Uni soulève quatre interventions pertinentes à utiliser auprès des personnes présentant une PTP. Il s'agit d'aider celles-ci à s'établir des objectifs reliés au travail, à réaménager leur environnement physique et à développer des stratégies d'organisation ainsi que des routines et des rôles (Dissanayake, Barnard et Willis, 2017).

Malgré ces nombreuses interventions rapportées par les ergothérapeutes sondés, la majorité d'entre eux soulignent avoir besoin de formation et de soutien supplémentaire afin de mieux intervenir auprès des personnes présentant une PTP (Dissanayake, Barnard et Willis, 2017; Lallemand, 2016).

2.4. Objectifs de recherche

La question de recherche à laquelle cet essai tentera de répondre est : Comment les ergothérapeutes interviennent-ils auprès de personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide ? Cette étude comporte les deux objectifs suivants :

- 1) Explorer comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec des personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide.
- 2) Explorer comment ces ergothérapeutes interviennent auprès de ces personnes afin de soutenir leur participation occupationnelle.

2.5. Pertinence du projet

Cette section traite de la pertinence sociale et professionnelle de ce projet. Tout d'abord, l'isolement et l'exclusion sociale qu'un grand nombre de ces personnes présente (St-Pierre-Delorme, 2015; Moreau, 2016) appuient la pertinence de mettre en place des moyens afin de contrer ce phénomène. Ceci est d'autant plus important, car les personnes présentant une PTP sont insuffisamment informées des services disponibles (O'Connor et Koszegi, 2016), ce qui exacerbe le problème d'isolement et d'exclusion sociale de cette population. Cela dit, ces faits soulèvent la pertinence sociale de ce projet.

En ce qui a trait à la pertinence professionnelle de cet essai, il est à noter qu'il existe actuellement peu de documentations portant sur les interventions à utiliser auprès de cette population (Firsten-Kaufman et Hildebrandt, 2016) et qu'il n'en existe aucune conçue spécifiquement pour les ergothérapeutes (Dissanayake, Barnard et Willis, 2017). Parallèlement, la TP est une préoccupation à la hausse chez les prestataires de services de la santé, dont les ergothérapeutes, qui cherchent des interventions efficaces à utiliser auprès des personnes présentant une PTP (Firsten-Kaufman et Hildebrandt). Or, les sondages de Lallemand (2016) et de Dissanayake, Barnard et Willis indiquent que la majorité des ergothérapeutes perçoivent avoir un

rôle clé à jouer pour intervenir auprès de ces personnes. En outre, tout ergothérapeute, peu importe son contexte de travail, peut avoir à intervenir auprès d'une personne présentant une PTP un jour ou l'autre (Lallemant; Dissanayake, Barnard et Willis). Par contre, la plupart du temps, ceux-ci constatent un cas de TP par surprise, la TP étant rarement un motif de référence (O'Connor et Koszegi, 2016). De surcroît, plusieurs ergothérapeutes se sentent peu à moyennement compétents et peu outillés pour intervenir auprès d'une personne présentant cette problématique (Lallemant). À cet effet, la majorité de ces ergothérapeutes déclarent avoir besoin d'une formation et de support supplémentaires afin d'augmenter leur sentiment de compétence pour intervenir auprès de cette clientèle (Lallemant; Dissanayake, Barnard et Willis). De surcroît, il existe une demande de la part des intervenants en santé mentale pour avoir des outils sur la gestion d'un cas de TP (O'Connor et Koszegi). De plus, l'efficacité de la TCC et de ses variations sont limitées (St-Pierre-Delorme, 2015). Cela dit, l'ensemble de ces préoccupations indique le besoin de développer des outils afin d'aider les intervenants travaillant auprès de personnes présentant une PTP (O'Connor et Koszegi), tels que des recommandations de principes d'intervention à utiliser. Cela permettrait d'accroître le sentiment de compétence des ergothérapeutes intervenant auprès de cette clientèle (Lallemant). Or, explorer comment des ergothérapeutes ont établi une relation thérapeutique et sont intervenus auprès de personnes présentant une PTP est une étape préalable essentielle à la formulation de recommandations de principes d'intervention. Ceci permet de connaître quelles interventions sont utilisées en ergothérapie auprès de cette population, lesquelles fonctionnent et lesquelles ne fonctionnent pas, c'est-à-dire qui font en sorte que les personnes présentant une PTP participent à la thérapie ainsi qu'à des occupations significatives pour elles.

La pertinence professionnelle de cette étude est aussi associée au fait que la TP est reconnue comme étant un trouble difficile à traiter (Tolin, 2011). Effectivement, la TP constitue une problématique complexe qui nécessite particulièrement des services précis et déterminés cas par cas (Firsten-Kaufman et Hildebrandt, 2016). Cette complexité s'explique principalement par la difficulté à établir une relation thérapeutique positive entre l'intervenant et la personne présentant une PTP en raison de la réticence de celle-ci à recevoir de l'aide (Moreau, 2016). Or, le succès des résultats thérapeutiques dépend d'abord de l'établissement d'une relation thérapeutique solide (Taylor, 2008). Cette réticence explique donc en partie la difficulté à traiter la TP et le fait que les

interventions pour ce trouble apportent souvent peu de résultats concluants (Tolin). Toutefois, il n'existe actuellement aucun résultat probant à la connaissance de l'auteur de cet essai qui propose des principes d'intervention permettant de créer un lien de confiance avec cette population. Donc, explorer, dans un premier temps, comment des ergothérapeutes ont établi puis maintenu une relation thérapeutique avec des personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide s'avère pertinent. Dans un deuxième temps, explorer tout autre principe d'intervention appliqué par des ergothérapeutes visant à soutenir la participation occupationnelle de ces personnes peut être grandement utile, en vue éventuellement d'émettre des recommandations de principes d'intervention auprès de ces personnes vues en ergothérapie.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section vise à présenter les descriptions des modèles conceptuels ayant guidé l'élaboration de cette étude, soit le Modèle de la relation intentionnelle et le Modèle de l'occupation humaine.

3.1. Modèle de la relation intentionnelle

Le modèle de la relation intentionnelle (MRI) a été conçu en 2008 par Renée R. Taylor et permet de conceptualiser la relation thérapeutique en ergothérapie. Plus précisément, ce modèle vise à expliquer comment cette relation peut faciliter ou entraver l'engagement occupationnel des personnes auprès desquelles les ergothérapeutes interviennent (Taylor, 2008). Il rejoint donc le premier objectif de cette étude, lequel concerne les interventions permettant d'établir et de maintenir la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne présentant une PTP. La figure 1 ci-après illustre une version du MRI inspirée de l'originale, créée par l'auteure de cet essai. L'essence du modèle et la définition des concepts clés sont les mêmes, c'est-à-dire que seule la façon de nommer certains concepts a été modifiée pour l'adapter au MOH afin d'assurer une cohérence pour le lecteur. Ces modifications sont les suivantes : client pour personne, thérapeute pour ergothérapeute et engagement occupationnel pour participation occupationnelle.

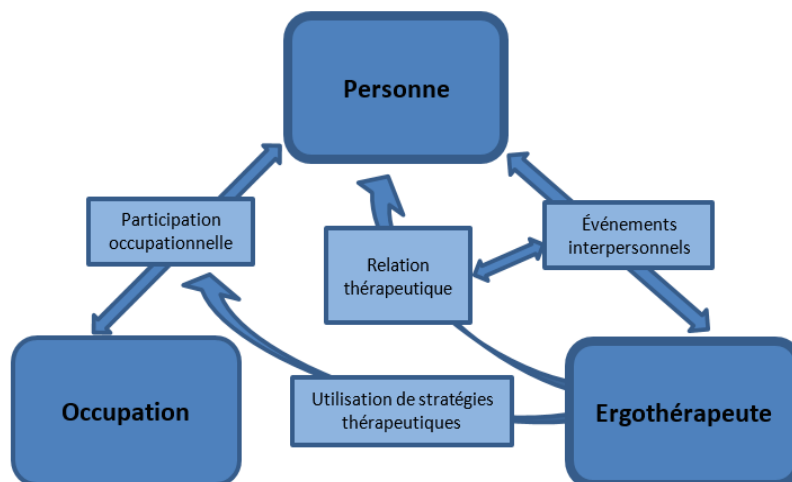


Figure 1. Le modèle de la relation intentionnelle en ergothérapie (Adapté de Taylor, 2008, p.47)

Selon le MRI, l'ergothérapeute est responsable de s'efforcer à établir et à maintenir la relation thérapeutique (Taylor, 2008). Pour ce faire, il doit notamment utiliser des interventions s'appuyant sur différents modes thérapeutiques selon les besoins de chaque personne. Ces derniers sont des façons spécifiques d'interagir avec la personne et le MRI en identifie six. Taylor mentionne que ces modes ont autant de potentiel les uns que les autres de favoriser la relation thérapeutique. En revanche, la façon dont l'ergothérapeute utilise un mode thérapeutique peut avoir un effet négatif sur l'attitude ou les émotions de la personne à l'égard de cet intervenant. Par exemple, Taylor indique que cela peut survenir si un mode thérapeutique ne concorde pas avec la personnalité ou avec les besoins immédiats de la personne. Le tableau 1 ci-dessous présente une définition de ces six modes thérapeutiques.

Tableau 1.
Définition des modes thérapeutiques du MRI

Mode thérapeutique	Définition
Plaidoyer	S'assurer que les personnes ont les ressources matérielles et interpersonnelles nécessaires à leur participation occupationnelle. Défendre et respecter les droits de la personne en négociant en ou agissant comme un médiateur auprès de personnes externes.
Collaborer	Permettre à la personne de participer pleinement à la thérapie et de façon égale à l'ergothérapeute en lui donnant la liberté de faire des choix de façon autonome.
Être empathique	S'efforcer de comprendre les pensées, les émotions et les comportements de la personne sans aucun jugement. Écouter attentivement la personne, regarder ce qu'elle communique, et adapter l'intervention selon les besoins de celle-ci.
Encourager	Susciter de l'espoir chez la personne à l'égard de la thérapie et souligner ses comportements souhaitables via le renforcement positif. Conserver une attitude de positivisme et de confiance.
Enseigner	Porter attention à la structure des activités thérapeutiques et être transparent avec la personne concernant le déroulement de chaque rencontre. Fournir des informations claires et donner une rétroaction de la performance de la personne.
Résoudre un problème	Être orienté vers les résultats. Aborder les difficultés en faisant des choix, en facilitant la mise en action, en posant des questions stratégiques et en raisonnant avec la personne.

3.2. Modèle de l'occupation humaine

Créé en 1979 par un ergothérapeute nommé Gary Kielhofner, le modèle de l'occupation humaine (MOH) a été conçu pour toute personne aux prises avec des difficultés liées à l'occupation (Kielhofner, 2002), telles que celles pouvant être occasionnées par une PTP. Il s'agit d'un modèle qui accorde une place prédominante à la motivation dans le processus thérapeutique auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006). Le MOH utilise des concepts touchant les besoins ainsi que les motivations de l'être humain, et la

participation occupationnelle est au cœur de ce modèle (Kielhofner). Dans les prochaines sections, les concepts fondamentaux du MOH, soit l'être humain, l'occupation et la participation occupationnelle, sont détaillés.

3.2.1. L'être humain

Selon le MOH, l'être humain est défini par sa volition, son habitude et par sa capacité de rendement. Ces trois concepts, ajoutés aux conditions environnementales, créent les conditions propices à l'émergence des pensées, des émotions et du comportement d'une personne. Selon le MOH, ce qu'une personne accomplit dans le travail, les loisirs ou les soins personnels est le résultat « de ses motivations, ses habitudes de vie, sa capacité de rendement et d'influences environnementales » (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 48). La volition est la motivation d'une personne à agir et guide ses choix et ses actions. Elle est influencée par le vécu de la personne et est liée à son avenir. La volition est déterminée par les déterminants personnels d'une personne, étant ses sentiments à l'égard de ses propres capacités et de son efficacité, de même que par ses valeurs et ses intérêts. L'habitude structure les actions en habitudes, lesquelles font partie de la routine quotidienne de la personne. Elle est régie par les rôles de la personne, lesquels sont associés à un ensemble de comportements qui influence son sens identitaire (p. ex. : rôle de travailleur, de parent, d'ami). La capacité de rendement correspond à la capacité d'accomplir des occupations compte tenu des composantes objectives physiques et mentales et de l'expérience subjective correspondantes.

3.2.2. L'occupation

Kielhofner (2002) prétend que l'occupation est un processus dynamique qui définit l'être humain et qui comporte la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés. La participation occupationnelle correspond à l'engagement de la personne dans ses occupations, lesquelles font partie de son contexte socioculturel et sont souhaitables ou nécessaires pour son bien-être. Puisque ce concept est au cœur du MOH, il est détaillé davantage dans la prochaine section. Le rendement occupationnel est le fait d'accomplir une occupation, tels que nettoyer le plancher ou jouer de la guitare. Les habiletés sont des actions observables qu'une personne utilise pour accomplir une tâche. Elles comprennent les habiletés motrices, les habiletés opératoires et les habiletés de communication et d'interaction.

3.2.3. La participation occupationnelle

À travers le temps, la façon dont un individu participe à ses occupations quotidiennes forge son identité, sa compétence et son adaptation occupationnelles (Kielhofner, 2002). Sachant que l'environnement physique et social d'une personne lui procure des possibilités, des ressources, des exigences et des contraintes, la participation occupationnelle est influencée par l'environnement. Premièrement, l'identité occupationnelle correspond au sentiment identitaire de ce que la personne désire devenir comme être occupationnel, compte tenu de ses expériences de vie, soit de sa participation occupationnelle antérieure. Deuxièmement, la compétence occupationnelle représente le degré auquel la personne peut continuer à s'engager dans ses occupations de façon représentative de son identité occupationnelle. Troisièmement, l'adaptation occupationnelle correspond à la construction d'une identité positive et à la réalisation d'une compétence dans le contexte environnemental propre à une personne, alors que celle-ci vit divers changements dans sa vie. D'ailleurs, Kielhofner soutient l'idée que toute forme d'intervention suppose un changement et que seule la personne peut réaliser son propre changement. Dans le cas d'une personne présentant une PTP par exemple, le changement visé en ergothérapie peut être d'avoir suffisamment d'espace dans son domicile pour réaliser ses occupations significantes. Pour ce faire, il faut tout d'abord que la personne accepte l'aide de l'ergothérapeute, puis qu'elle s'engage à diminuer ses comportements de TP, lesquels étant d'accumuler des objets dans son domicile. Le MOH rejoint donc le deuxième objectif spécifique de cette étude qui concerne les interventions ergothérapiques permettant de soutenir la participation occupationnelle des personnes présentant une PTP.

4. MÉTHODE

Cette section est consacrée à l'explication de la méthode employée dans le cadre de ce projet de recherche. Le devis, les critères d'inclusion et d'exclusion des participants ainsi que les modalités de recrutement sont décrits. Les caractéristiques liées à la collecte de données et aux méthodes d'analyse des informations recueillies sont ensuite précisées. Enfin, les considérations éthiques de ce projet sont détaillées.

4.1. Devis de recherche

Afin de d'explorer comment des ergothérapeutes sont intervenus auprès de personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide, une étude qualitative descriptive avec une approche de type phénoménologique a été réalisée. Autrement dit, cette étude consiste en la description de phénomènes, soit l'expérience des participants telle qu'ils l'ont vécue et racontée (Fortin, 2010).

4.2. Participants

Les participants de ce projet sont des ergothérapeutes. Les critères d'inclusion ayant servi à la sélection des participants sont les suivants : être un ergothérapeute et être membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec; être déjà intervenu, dans sa pratique, pour une PTP chez une personne et accepter de partager ses expériences relatives à ses interventions réalisées auprès de cette personne pour cette problématique. Lors des entrevues, il a été demandé aux ergothérapeutes de décrire leur expérience avec les clients ayant une PTP qui leur ont posé un plus grand défi au niveau de la relation thérapeutique. Dans un but de concision, la caractéristique de la réticence à recevoir de l'aide ne sera pas inscrite dans les pages suivantes lorsqu'il sera question des personnes présentant une PTP auprès desquelles les ergothérapeutes interrogés sont intervenus. Le seul critère d'exclusion de cette étude est que le participant ne parle pas le français ou ne maîtrise pas bien cette langue oralement. La taille de l'échantillon prévue, soit le nombre d'ergothérapeutes interrogés, était de trois à cinq ergothérapeutes.

4.2.1. Modalités de recrutement

Le type de recrutement utilisé pour obtenir les coordonnées des participants aux entrevues et pour entrer en contact avec eux est le recrutement par réseau. Pour ce faire, un courriel électronique a été envoyé par l'auteure de cet essai à des ergothérapeutes étant potentiellement déjà intervenus auprès de personnes présentant une PTP dans la région de Trois-Rivières. Ces ergothérapeutes ont été approchés, puisque dans le cadre de leur travail, ils allaient dans le domicile des clients et trois de ces ergothérapeutes sur quatre intervenaient aussi auprès de personnes présentant une problématique de santé mentale. Les chances qu'ils soient déjà intervenus auprès de personnes présentant une PTP étaient donc plus élevées que des ergothérapeutes œuvrant dans d'autres contextes. Dans ces courriels, il a été demandé aux ergothérapeutes s'ils avaient de telles expériences d'intervention et s'ils acceptaient de participer à cette étude, donc de partager ce qu'ils ont vécu. Également, une annonce sur la page *Facebook* du groupe « Ergothérapie Québec » a été lancée, lequel rassemble plusieurs ergothérapeutes à travers le Québec pouvant possiblement participer à ce projet de recherche.

4.3. Collecte des données

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec des ergothérapeutes. Ces entrevues pouvaient être effectuées en personne, par téléphonique ou via *Skype*, et étaient d'une durée d'environ 30 à 50 minutes.

Une grille d'entrevue comportant 22 questions ouvertes et fermées a été créée (voir Annexe D). Cette dernière a été envoyée aux ergothérapeutes trois jours avant la passation de l'entrevue, afin qu'ils puissent se préparer à celle-ci, s'ils le désiraient. De plus, afin de recueillir les données démographiques des participants, un questionnaire a été employé (voir Annexe E).

4.4. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée pour sélectionner les ergothérapeutes ayant participé à une entrevue est l'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné, puisqu'ils ont été choisis sur la base de critères, et non au hasard (Fortin, 2010), soit en fonction de leur réponse au courriel ou à l'annonce *Facebook*.

4.5. Analyse des données

Les données obtenues lors de chaque entrevue individuelle ont été enregistrées et transcrites sous forme de verbatim. L'analyse thématique a ensuite été utilisée, c'est-à-dire que les données ont été analysées de manière qualitative. Celle-ci consiste à traiter le contenu des données narratives recueillies à partir des questions d'entrevue et du cadre conceptuel de l'étude tout en permettant l'émergence d'autres thèmes, afin d'en faire ressortir les thèmes saillants, c'est-à-dire les éléments communs nommés par les participants (Fortin, 2010). Les données ainsi analysées ont permis notamment de mettre de l'avant les principes d'intervention que les participants ont utilisés et qui ont été bénéfiques pour la personne. À partir de ces résultats, une autre analyse thématique a été réalisée afin de relier chacun de ces principes d'intervention à un ou des mode(s) thérapeutique(s) établi(s) par Taylor (2008).

4.6. Considérations éthiques

Puisque ce projet d'essai impliquait la contribution d'ergothérapeutes, une demande de certification éthique a été envoyée au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le présent projet a été accepté par ce comité d'éthique le 30 janvier 2017, sous le numéro CER-17-231-07.08. Le comité a ensuite entériné la prolongation de ce certificat jusqu'au 30 janvier 2019, sous le numéro CER-18-242-08-02.18 (voir Annexe C). Tous les participants ont été informés des différents objectifs et finalités de cette recherche et ont été avisés des conséquences possibles liées à leur participation via la lettre d'information et le formulaire de consentement (voir Annexes C et D) qui leur ont été envoyés avec le courriel de sollicitation. Les participants décidaient ainsi en connaissance de cause d'accepter ou de refuser de participer à l'entrevue. Le consentement écrit de tous les participants rencontrés en entrevue a été obtenu à l'aide du formulaire de consentement. Les ergothérapeutes n'ont pas été identifiés aux fins de l'étude et les données recueillies sont confidentielles. Ils ont aussi été avisés qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment lors de la recherche. Les données sont conservées dans un classeur verrouillé à clé dans le laboratoire de recherche en ergothérapie de l'UQTR ainsi que dans des fichiers verrouillés par des mots de passe dans l'ordinateur personnel de l'étudiante ayant réalisé cette recherche. Les données recueillies seront détruites un an après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2019, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que dans le cadre de cette étude.

5. RÉSULTATS

Cette section permet de présenter les résultats de cette étude, consistant à explorer comment les ergothérapeutes sont intervenus auprès de personnes présentant une PTP. Pour ce faire, les caractéristiques des participants ergothérapeutes et des personnes auprès desquelles ils sont intervenus sont décrites. Ensuite, le développement des relations thérapeutiques ainsi que les modalités de la thérapie entre chaque ergothérapeute et chacune de ces personnes sont exposés. Les principes d'intervention utilisés par les participants sont aussi indiqués. Enfin, l'association de chacun de ces principes d'intervention à un mode thérapeutique du MRI est présentée.

5.1. Description des participants aux entrevues et de leur milieu de travail

Parmi les huit ergothérapeutes ayant répondu au courriel et à l'annonce *facebook*, quatre d'entre eux, identifiées ci-après par E1 à E4, ont participé à une entrevue individuelle, dont deux entrevues face-à-face et deux entrevues téléphoniques. Les caractéristiques de leur milieu de travail, au moment où ils sont intervenus auprès d'une personne présentant une PTP, sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous. Cela dit, de façon conventionnelle et plus fréquente, les ergothérapeutes qui travaillent en soutien à domicile, tel était le cas de E1 et E4, rencontrent les personnes dans leur demeure, mais les rencontres peuvent avoir lieu ailleurs, au choix de l'ergothérapeute et de la personne. De plus, en soutien à domicile, le mandat d'intervention est généralement de trois à six mois, alors que celui des ergothérapeutes du programme SIV (E3) peut être plus long, selon les besoins de chaque personne. Dans ce programme, tout comme dans le milieu de travail de E2, il est plus fréquent que la durée des suivis ainsi que les lieux et la fréquence des rencontres varient d'une personne à l'autre, comparativement au soutien à domicile. Enfin, habituellement, la structure du soutien à domicile permet de rencontrer les personnes aux deux semaines, alors qu'au programme SIV et dans le milieu de travail de E2, il est plus commun que les ergothérapeutes aient des suivis plus rapprochés, tel qu'une fois par semaine.

Tableau 2.
Description des participants aux entrevues (ergothérapeutes)

Participant (E)	Genre	Âge	Nombre d'années de pratique de l'ergothérapie	Nombre de personnes présentant une PTP auprès desquelles il est intervenu	Milieu et clientèle attirés lors de l'intervention auprès de ces personnes	Durée de travail dans ce milieu
E1	Femme	34 ans	11 ans	2	Soutien à domicile, adultes avec déficience physique et aînés en perte d'autonomie	8 ans
E2	Femme	29 ans	5 ans	2	Centre de services communautaires, adultes et aînés avec problématiques socio-économiques, de dépendance aux substances et de santé mentale.	2 ans
E3	Homme	26 ans	3 ans	3	CLSC, programme de Soutien d'intensité variable (SIV) en santé mentale et dépendances, adultes.	2 ans
E4	Femme	44 ans	22 ans	4	Soutien à domicile, adultes avec troubles de santé mentale.	4 ½ ans

5.2. Caractéristiques des personnes présentant une PTP vues par les participants

Cette section expose des caractéristiques des personnes présentant une PTP ayant été référées aux ergothérapeutes interrogés. Ces caractéristiques sont présentées dans le tableau 3 ci-dessous, lequel indique quel ergothérapeute est intervenu auprès de quelle personne, par qui celle-ci a été référée en ergothérapie, quel était le motif de référence, ainsi que les autres problématiques que la personne présentait.

Dans le tableau 3 ci-bas, il est possible de voir qu'au total, les quatre ergothérapeutes sont intervenus auprès de onze personnes présentant une PTP. Toutefois, le tableau 4 fait mention de seulement six de ces onze personnes, car tel que précisé précédemment, les ergothérapeutes ont décrit leur expérience avec la personne ayant une PTP qui lui a posé un plus grand défi sur le plan de la relation thérapeutique. Cela dit, il s'agit de P2 pour E1, de P3 et P4 pour E2, de P6 pour E3 et de P10 et P11 pour E4. Les cases du tableau 3 correspondant à ces six personnes sont grisées afin de mieux les repérer. Tel qu'inscrit dans ce tableau, ces six personnes présentaient plusieurs autres problématiques, et les plus courantes sont des troubles de santé mentale, une instabilité

résidentielle, l'isolement social et des relations interpersonnelles conflictuelles. La désaffiliation sociale, vécue par deux de ces personnes, est un concept peu utilisé, c'est pourquoi une définition et une distinction avec le concept d'isolement social sont ici présentées : La désaffiliation sociale consiste en l'aboutissement d'un double processus de décrochage, soit sur le plan du travail et de l'insertion relationnelle, et elle révèle une situation dans laquelle les individus se trouvent écartés des réseaux producteurs de la richesse et de la reconnaissance sociales (Gajac, 2015). Par ailleurs, une personne dite isolée socialement a peu de contacts sociaux, de rôles sociaux et de relations mutuellement satisfaisantes (Keefe, Andrew, Fancey et Hall, 2006). Cela dit, toute personne en situation de désaffiliation sociale vit aussi un isolement social.

Tableau 3.
Description des personnes présentant une PTP auprès desquelles les participants sont intervenus

Personne présentant une PTP, genre et ergothérapeute associé	Référée par	Motif de référence en ergothérapie	Autres problématiques de la personne présentant une PTP
P1 (femme) E1	Intervenante sociale	Adaptation de l'accès au bain.	Problème d'organisation.
P2 (femme) E1	Intervenante sociale	Évaluation de l'autonomie fonctionnelle et évaluation des transferts.	Problèmes physiques et douleurs important(e)s, instabilité résidentielle, relations sociales très conflictuelles, isolement social, autres troubles de santé mentale.
P3 (femme) E2	L'équipe de travail de l'ergothérapeute	Aucun (dû au contexte du milieu de travail).	Désaffiliation sociale, instabilité résidentielle, déficience intellectuelle légère, problématique de consommation de stimulants.
P4 (homme) E2	L'équipe de travail de l'ergothérapeute	Aucun (dû au contexte du milieu de travail).	Désaffiliation sociale, instabilité résidentielle, problématique de consommation de substances et d'alcool.
P5 (femme) E3	Coordonnatrice clinique de l'ergothérapeute (SM, 1 ^{ère} ligne)	Pas de référence directe en ergothérapie (référée à l'équipe SIV). La personne voulait elle-même apprendre à s'organiser au quotidien.	Trouble de personnalité obsessionnelle compulsive, phobie sociale.
P6 (femme) E3	Travailleuse sociale de l'équipe ayant reçu le dossier d'un ergothérapeute qui suivait le client en clinique externe psychiatrique.	Pas de référence directe en ergothérapie (référée à l'équipe SIV). Adresser la PTP, puis éventuellement réactivation en vue d'un retour au travail.	Dépression, trouble de personnalité obsessionnelle compulsive, acquisition compulsive causant des difficultés financières.
P7 (femme) E3	Programme de soutien aux personnes âgées	Pas de référence directe en ergothérapie (référé à l'équipe SIV). L'aider à s'organiser et à augmenter son autonomie dans les AVD.	Schizophrénie avec troubles cognitifs associés, instabilité résidentielle.
P8 (femme) E4	Médecin	Redonner envie d'accomplir des occupations.	Dépression.
P9 (femme) E4	Psychiatre	Réactiver dans les occupations quotidiennes.	Trouble bipolaire, symptômes dépressifs.
P10 (femme) E4	Un autre intervenant de l'équipe (transfert de dossier, reprise de suivi).	Désencombrement du domicile.	Trouble de personnalité suspecté, symptômes dépressifs, diabète, isolement social.
P11 (homme) E4	La personne elle-même	Récupérer un chèque d'aide sociale.	Difficulté à gérer efficacement des biens, pauvreté, symptômes dépressifs, diabète, hypertension.

5.3. Développement de la relation thérapeutique entre les ergothérapeutes et les personnes présentant une PTP

Cette section vise à mettre le lecteur en contexte relativement au développement de la relation thérapeutique entre chaque ergothérapeute et chacune des six personnes présentant une PTP auprès desquelles ils sont intervenus. Certaines caractéristiques de ces personnes, la perception des ergothérapeutes relativement au développement de la relation thérapeutique avec celles-ci et la façon dont s'est conclue la thérapie sont présentées.

5.3.1. Développement de la relation thérapeutique entre E1 et P2

5.3.1.1. Caractéristiques de P2 rapportées par E1 lors du développement de la relation thérapeutique

Tout d'abord, E1 a mentionné que durant les deux années de suivi avec P2, cette personne avait habité dans plusieurs résidences privées, et les années antérieures, en logement. Le motif de référence à chaque fois qu'elle emménageait dans une nouvelle résidence était l'adaptation de son nouvel environnement, puisqu'elle présentait des limitations physiques. Ses nombreux déménagements résultaient toujours du fait qu'elle se faisait évincer des résidences, principalement car elle refusait de défaire ses nombreuses boîtes empilées partout dans sa chambre et elle demandait que des gens lui apporte ses biens provenant des entrepôts qu'elle louait. Elle continuait aussi à accumuler de nouveaux objets dans ses garde-robes, tels que des bouteilles d'eau et des essuie-tout, et elle enveloppait tous ses objets dans ceux-ci. E1 a raconté que des employés des résidences lui offraient même de l'aider à défaire ses boîtes, mais « ils ouvraient une boîte, pis en une heure, ils déplaçaient deux choses... parce qu'elle leur faisait mettre là, puis remettre là, puis remettre là, puis remettre là... » (E1). Cette ergothérapeute a mentionné que P2, « à cause de son problème d'accumulation, elle n'a jamais pu se coucher dans son lit parce qu'il était enseveli de boîtes ». E1 a aussi rapporté que cette cliente s'appropriait tous les équipements qui lui étaient prêtés, tels qu'un lit électrique et un fauteuil auto-souleveur. Pour cette personne, l'encombrement de ses biens dans sa chambre « n'était pas un problème, c'était ses choses à elle, elle voulait les garder. ». Elle était très attachée à ses objets, particulièrement à ses robes et ses souliers, qu'elle portait dans son passé. E1 ajoute avoir compris, en regardant des photos de cette personne dans son passé et par les explications que celle-ci en faisait, qu'elle était très fière, coquette et qu'elle avait un grand réseau social. Toutefois, « elle avait fait le vide autour d'elle, même sa famille, sa

filles, y'a pu personne qui avait des interactions avec elle » (E1). Cette ergothérapeute a mentionné que P2 acceptait à chaque fois que celle-ci vienne la voir dans chacune des résidences où elle demeurait.

5.3.1.2. Perceptions de E1 sur le développement de la relation thérapeutique avec P2

E1 a rapporté que la relation thérapeutique était fluctuante avec ce client. Effectivement, si elle intervenait sur ses problématiques physiques, ce qu'elle a fait lors des premières rencontres à chaque résidence afin de répondre au motif de référence et au désir prioritaire de P2, le lien thérapeutique était bon. Toutefois, lorsque cette ergothérapeute abordait des sujets en lien avec la TP, comme faire de l'espace, se départir d'objets et réorganiser l'espace, le lien devenait rapidement fragile. E1 a ajouté que ce client devenait rapidement méfiant, distant, résistant et impoli envers elle, à ces moments. Le maintien de la relation thérapeutique a donc été difficile. Autrement dit, P2 refusait de travailler sur des objectifs reliés à sa PTP. E1 a rapporté qu'elle et son équipe de travail ont ressenti, jusqu'à la fin de la thérapie, beaucoup de découragement relativement à l'aide qu'ils pouvaient lui apporter concernant la PTP, en ajoutant : « on ne voyait pas le bout ».

5.3.1.3. Fin du processus thérapeutique entre E1 et P2

Pour pouvoir continuer à travailler l'objectif de confort au lit avec P2, alors que son lit était encombré de boîtes, E1 lui a demandé de la rappeler lorsqu'elle aura déplacé ses boîtes. Toutefois, cette cliente n'a jamais rappelé E1. Comme P2 avait habité dans toutes les résidences de son territoire et qu'aucune d'entre elles n'acceptait de la reprendre, E1 et son équipe sont allés chercher de l'aide de son médecin et de professionnels en santé mentale. Toutefois, cette personne a refusé d'être évaluée en psychiatrie, tel que l'équipe de E1 lui avaient suggéré. Finalement, P2 a accepté qu'une demande de relocalisation au réseau public soit effectuée. Cependant, une fois arrivée à la chambre qui lui était attitrée, elle est partie d'elle-même avec tous ses biens en insultant l'intervenante sociale. E1 ajoute qu'elle et son équipe n'ont jamais eu de nouvelle de cette personne.

5.3.2. Développement de la relation thérapeutique entre E2 et P3

5.3.2.1. Caractéristiques de P3 rapportées par E2 lors du développement de la relation thérapeutique

E2 a mentionné que P3 avait accepté la visite de l'ergothérapeute à son domicile, dès la première rencontre. P3 avait comme objectif ultime de ne pas se faire expulser de son appartement et d'y inviter sa mère. Cette personne avait spécifié à E2 qu'elle ne pouvait pas inviter sa mère dans cet état-là, sa mère n'accepterait jamais cela. Par exemple, E2 a raconté qu'il y avait beaucoup d'aliments, dont certains moisiss, qui traînaient ici et là dans son appartement. De plus, puisqu'elle ne vidait pas ses cendriers, des amas de cendres de cigarette étaient présents dans son salon. Elle laissait la cendre s'accumuler un peu partout, ce qui représentait un risque d'incendie. E2 a aussi rapporté que pour P3, l'encombrement d'objets et le désordre dans son domicile n'étaient pas un problème, il était normal que ce soit comme ça, et c'était comme cela depuis plusieurs années.

5.3.2.2. Perceptions de E2 sur le développement de la relation thérapeutique avec P3

Selon E2, le fait que P3 fréquentait souvent le centre communautaire où travaillait cette ergothérapeute représentait un facilitant pour elle en termes de diminution de ses comportements de TP. En effet, cela lui permettait d'occuper ses journées d'une façon différente qu'en accumulant des objets dans son domicile, puisque des activités sont organisées dans ce centre, et elle avait créé de bons liens avec les personnes fréquentant également cet endroit. De plus, puisque cette personne passait beaucoup de temps dans ce centre, E2 et elle s'y croisaient régulièrement, et ce minime contact était, selon E2, signifiant pour contribuer à l'établissement du lien thérapeutique. Cela dit, E2 a rapporté que la création du lien de confiance avec P3 a été facile. Elle croit que ceci est aussi dû au fait que cette personne entretenait un très bon contact avec son intervenant principal, car elle savait qu'elle pouvait faire confiance aux intervenants de ce milieu. Cette ergothérapeute a mentionné que, malgré quelques annulations de rencontres à domicile de la part de P3, la relation thérapeutique entre elle et P3 s'est maintenue tout au long de la thérapie.

5.3.2.3. Fin du processus thérapeutique entre E2 et P3

E2 a rapporté avoir cessé de voir P3 en raison de l'atteinte de ses objectifs en ergothérapie liés à la PTP, ce qui s'avère être un processus thérapeutique complet et positif, selon E2.

5.3.3. Développement de la relation thérapeutique entre E2 et P4

5.3.3.1. Caractéristiques de P4 rapportées par E2 lors du développement de la relation thérapeutique

E2 a partagé que P4, tout comme P2 et P3, se faisait rapidement évincer de chacun de ses domiciles par les propriétaires, en raison du désordre et du fait qu'il ne payait pas toujours ses loyers. De plus, l'encombrement et la salubrité étaient particulièrement problématiques. P4 avait accepté que E2 entre dans son domicile dès la première rencontre.

5.3.3.2. Perceptions de E2 sur le développement de la relation thérapeutique avec P4

Pour E2, P4 est la personne avec qui il a été le plus difficile d'établir une relation thérapeutique. Cette ergothérapeute explique que P4 fréquentait le centre en question depuis moins longtemps que P3, donc le lien qu'il avait déjà avec son intervenant principal était moins solide. En fait, E2 rapporte que ce client a été incapable de supporter le lien qui commençait à se créer, que « c'était trop menaçant pour lui, il a refusé tous les services et il est parti. » (E2). Cette ergothérapeute faisait référence au fait que P4 avait cessé de venir au centre pour lequel elle travaillait. D'ailleurs, ces citations de E2 témoignent de la complexité que représente la construction du lien thérapeutique auprès de personnes en situation de désaffiliation sociale, également appelée dissociation sociale, ce que la TP peut provoquer (O'Connor et Koszegi, 2016):

Les gens qui ont une désaffiliation sociale ont eu une rupture de lien et de confiance en toute entité institutionnelle. Ce sont des gens qui ont un historique de vie parsemé de problématiques liées avec des institutions. [...] Ce sont souvent des personnes qui ont des problématiques au niveau du lien d'attachement qui sont importantes, donc c'est extrêmement difficile d'entrer en relation avec ces gens-là, extrêmement difficile de créer des liens de confiance avec eux, c'est pour ça qu'ils ne vont pas consulter [...] Particulièrement avec une clientèle qui est dans une situation de désaffiliation sociale, si, au début, la personne dit qu'elle ne veut pas d'aide, y'a une partie qui est peut-être au niveau du lien. C'est de créer un lien qui est problématique, plus que de vouloir accepter de l'aide par rapport au ménage ou à l'accumulation comme tels.

Cette ergothérapeute a partagé avoir tout de même tenté de refléter à P4 qu'il avait accepté qu'elle vienne à son domicile pour qu'ils explorent la possibilité de rendre son domicile plus sécuritaire, mais P4 déviait le sujet, et ils n'ont finalement pas abordé la situation réellement.

5.3.3.3. Fin du processus thérapeutique entre E2 et P4

La thérapie s'est donc conclue rapidement entre E2 et P4, puisque celui-ci est parti de lui-même. Bref, l'établissement de la relation thérapeutique est la seule intervention qu'a pu commencer à effectuer E2 avec P4.

5.3.4. Développement de la relation thérapeutique entre E3 et P6

5.3.4.1. Caractéristiques de P6 rapportées par E3 lors du développement de la relation thérapeutique

E3 a partagé que P6 accumulait toutes sortes d'objets, mais surtout des livres : « des livres, y'en a une tonne et des tonnes et des tonnes. » (E3). D'ailleurs, il a affirmé qu'en faisant la visite du logement, elle lui a confié qu'elle avait participé à plusieurs clubs de lecture dans son passé et que son rêve à cette époque était d'inviter des amis pour une séance de lecture. Elle a ajouté à E3 que cela était présentement impossible, parce qu'elle manque d'espace et qu'elle a honte que les autres remarquent l'état de son domicile. Cet ergothérapeute a décrit que cette personne n'avait pas accès à sa cuisinière ni à l'une de ses douches qui était complètement encombrée d'objets. De plus, E3 a expliqué que lorsque P6 va dans une boutique d'articles usagers, elle est incapable de s'empêcher d'acheter les objets qu'elle trouve beaux ou qui sont en spécial, et a ajouté que « même si elle a 200 tasses de café, elle va acheter une autre tasse de café, parce qu'elle la trouve belle ».

5.3.4.2. Perceptions de E3 sur le développement de la relation thérapeutique avec P6

Avant d'être référée en ergothérapie, cette personne était suivie par un travailleur social. Celui-ci avait réussi à aller chez elle, mais seulement après plusieurs rencontres, car elle ressentait beaucoup de honte relativement à l'état de son domicile qu'elle ne voulait pas montrer à personne. E3 a ajouté que précédemment, P6 avait été suivie pendant un an par un ergothérapeute en clinique externe de santé mentale et qu'elle n'avait jamais accepté que celui-ci vienne dans son domicile, parce qu'elle avait honte de montrer son domicile. Cela dit, lors de la première rencontre entre E3 et P6 au CLSC, celle-ci a elle-même dit à E3 que ça lui prenait du temps avant qu'elle bâtisse une relation avec un intervenant. Cependant, elle a présenté sa PTP à E3 dès cette première rencontre, puisque selon E3, elle avait déjà parlé de cette problématique à d'autres intervenants.

E3 mentionne que ça a pris 3 ou 4 rencontres au CLSC pour bâtir le lien de confiance. Cela dit, selon E3, la relation thérapeutique n'a pas été difficile à établir ni à maintenir avec P6. Toutefois, lors de la première visite au domicile de P6, celle-ci était très nerveuse de cette situation, et E3 a ajouté :

Elle était un peu un moulin à parole, elle voulait me montrer un peu tout et n'importe quoi... mais ça s'est bien passé [...] mais sa chambre, par exemple, elle ne voulait pas me la montrer, donc elle a fermé la porte, et certaines de ses garde-robes aussi.

5.3.4.3. Fin du processus thérapeutique entre E3 et P6

De son côté, E3 n'avait pas terminé le processus thérapeutique avec P6 au moment de l'entrevue, il continuait à se rendre à son domicile deux à quatre fois par mois.

5.3.5. Développement de la relation thérapeutique entre E4 et P10

5.3.5.1. Caractéristiques de P10 rapportées par E4 lors du développement de la relation thérapeutique

E4 a mentionné que P10 en était à son deuxième suivi, le premier s'étant déroulé avec un autre intervenant de l'équipe. Cette ergothérapeute a précisé qu'avant de rencontrer P10, celle-ci avait participé à un groupe sur la TP et qu'elle aimait parler avec les autres, car étant donné qu'elle était isolée socialement, elle profitait de cette occasion pour discuter avec autrui. Toutefois, elle progressait moins vite que les autres (selon les photos qu'ils devaient prendre de l'évolution du désencombrement de leur domicile pour les partager au groupe), puisqu'elle ne parvenait pas à se mettre en action. E4 a rapporté que lorsqu'elle est entrée chez cette personne la première fois, elle lui a montré la totalité de sa demeure. P2 a raconté que toutes les pièces étaient remplies d'objets. Elle n'avait pas l'impression que P10 faisait preuve de résistance, elle lui expliquait où elle en était rendue, puisque l'intervenant précédent avait déjà amorcé des actions avec elle. En effet, celle-ci lui confiait ses préoccupations. Par exemple, recevoir des membres de sa famille chez elle la rend anxieuse, car lorsqu'elle cuisine, tout traîne. De fait, elle disait avoir toujours eu beaucoup de difficulté à s'organiser dans toute tâche. D'ailleurs, E4 a précisé que P10 lui avait confié qu'elle croyait avoir un trouble déficitaire de l'attention. Cependant, E4 a dit avoir perçu une réticence chez P10, après quelques rencontres, lorsqu'elle lui a reparlé des objectifs liés à la PTP qu'elle s'était fixé et qu'elle ne rencontrait pas. Par exemple, elle déplaçait des objets dans son domicile,

mais elle était incapable de s'en départir. Cette ergothérapeute a ajouté ces constatations et ces suppositions concernant P10 :

Y'a eu un bout de temps au début du suivi où elle s'est mobilisée au moins dans le salon, pour être capable de s'asseoir sur les divans, mais en dehors du salon, c'était plein, plein, plein d'objets. [...] Elle est consciente que ça n'a pas de bon sens, mais elle n'était pas prête à faire de changement [...] elle me nommait des choses qu'elle VOULAIT faire, mais de là à se METTRE en action, ça, elle ne le faisait pas.

E4 pense que cette personne ne semblait pas reconnaître sa PTP ni ressentir de honte à l'égard de celle-ci, car elle tentait toujours de rationaliser ses choix (p. ex. : posséder certains objets en plusieurs exemplaires). Par exemple, six matelas se trouvaient dans une seule chambre et trois épaisseurs de draps étaient installés les uns sur les autres sur un lit. E4 a raconté que certaines pièces étaient insalubres, qu'une odeur désagréable était présente, et elle a avoué s'être spontanément dit intérieurement : « eurk, et je me disais oooh, ok, il y a vraiment de l'ouvrage à faire... comment est-ce qu'on peut faire pour vivre là-dedans ? ». De plus, désherber derrière sa maison était important pour P10 et elle pouvait faire cette activité jusqu'aux petites heures du matin. E4 a ajouté que « cela lui permettait de ne pas voir l'ampleur des choses à accomplir à l'intérieur de sa maison. Ça lui permettait d'éviter de faire des choix. ». Dans les horaires occupationnels qu'elle lui proposait de faire pour voir ce qu'elle avait fait de ses journées, « il y avait des gros gros trous où il n'y avait rien d'identifié, où elle retournait magasiner pour s'acheter des choses. » (E4).

5.3.5.2. Perceptions de E4 sur le développement de la relation thérapeutique avec P10

E4 a mentionné que le processus thérapeutique avec P10 « a été long et ça n'a pas marché bin bin », bien que l'établissement et le maintien de la relation thérapeutique aient été faciles. Cette ergothérapeute a répondu avoir senti qu'un lien de confiance s'est installé dès le début entre ce client et elle et s'est maintenu tout au long de la thérapie.

5.3.5.3. Fin du processus thérapeutique entre E4 et P10

Finalement, du côté de E4, la thérapie avec P10 s'est terminée après six mois de suivi (comprenant celui avec l'autre intervenant), tel que son mandat l'exige. La raison de cette fermeture de dossier est, selon E4, que cette personne ne s'investissait pas suffisamment dans sa

thérapie, condition dont elle avait été informée dès la première rencontre. E4 a donc mentionné ceci à cette personne : « écoutez, y'a des choses à faire, et moi je serais prête à revenir vous voir, mais pour le moment, vous n'êtes pas encore prête à changer. Mais quand vous serez prête, on va être là, appelez-nous. » (E4). Cette ergothérapeute a ajouté que P10 n'a exprimé aucune colère de cette décision et qu'elle l'a prise très passivement.

5.3.6. Développement de la relation thérapeutique entre E4 et P11

5.3.6.1. Caractéristiques de P11 rapportées par E4 lors du développement de la relation thérapeutique

E4 a expliqué que la seule pièce relativement accessible dans le domicile de P11 était le salon, dans lequel il fallait marcher de côté entre les objets. E4 a ajouté que la chambre était inaccessible, donc P11 et sa conjointe dorment sur le divan depuis plusieurs années, et que « même dans la salle de bain, il fallait enjamber des choses par terre. » (E4). Cette personne en était à son deuxième suivi, le premier était avec une travailleuse sociale de la même équipe de travail que E4. Au moment de ce premier suivi, la ville avait menacé P11 d'être évincé de son logement, car celui-ci n'était pas sécuritaire. Par exemple, le panneau électrique était inaccessible puisque des pièces de bois et des outils d'environ six pieds de hauteur le cachait. Entre ces deux suivis, P11 s'est mobilisé, mais son logement était encore encombré d'objets de toutes sortes lorsque E4 est intervenue auprès de lui. P11 avait fait une référence au CLSC par lui-même, dans le but de récupérer son chèque d'aide sociale qu'il avait perdu. E4 associe cette action à une difficulté sur le plan de l'organisation et à une déficience culturelle liée à la pauvreté que présente E11. Cette ergothérapeute a mentionné que E11 est très débrouillard et ingénieux, il construisait plusieurs choses avec peu de matériel.

5.3.6.2. Perception de E4 sur le développement de la relation thérapeutique avec P11

E4 a affirmé ne pas être intervenue longtemps avec P11 (nombre de rencontres non documenté), car elle jugeait que le mandat d'intervention qu'elle doit respecter dans le cadre de son travail, qui est de trois à six mois, est insuffisamment long pour travailler sur les besoins de cette personne. Elle l'a donc rapidement référé au SIV, puisque les intervenants de ce service ont un mandat plus long. Avant de faire cette référence, elle a proposé à E4 de l'appeler afin de vérifier s'il était prêt à se mobiliser davantage, ce qu'il a fait à deux reprises. En effet, P11 informait E4

avec fierté qu'il avait réussi à ranger des objets dans des boîtes, tel qu'ils l'avaient convenu ensemble. Cela dit, E4 a rapporté avoir observé une diminution significative de l'encombrement les deux fois où elle est allée chez E4, avant de le référer au SIV : « il y avait deux pieds de large comme il faut pour marcher dans le salon. Fac c'était correct, il en avait fait un bout. » (E4). Un lien thérapeutique s'était donc développé entre E4 et P11, notamment observable par la motivation de cette personne à s'engager dans une thérapie.

5.3.6.3. Fin du processus thérapeutique entre E4 et P11

La relation thérapeutique entre E4 et P11 s'est terminée après que cette ergothérapeute ait évalué et analysé la situation de P11. De fait, E4 a jugé qu'il était favorable de mettre fin à la thérapie avec P11 et de la référer au programme SIV.

5.3.7. Synthèse du développement des relations thérapeutiques

Selon les ergothérapeutes, cinq personnes sur six étaient réticentes à recevoir de l'aide relativement à leur PTP. En effet, seul P11 ne présentait pas de réticence à être aidé par l'ergothérapeute pour sa PTP. De plus, il s'agit de la seule personne qui semblait motivée à apporter des changements à ses comportements de TP, avant que E4 la transfère au SIV. Toutefois, la relation thérapeutique a été difficile à établir uniquement avec P4. Par ailleurs, seule P6 a refusé que l'ergothérapeute aille dans son domicile lors de la première rencontre. En fait, il s'agit de la seule personne qui démontrait une réticence à ce que l'ergothérapeute vienne dans son domicile et à lui montrer les pièces de sa maison, parce que selon E3, elle semblait avoir honte de l'état de celles-ci. D'ailleurs, uniquement E3 a répondu avoir perçu, chez la personne rencontrée, de la honte à l'égard de sa PTP ainsi qu'une reconnaissance de celle-ci.

Ensuite, la perception de chaque ergothérapeute relativement au développement de la relation thérapeutique avec les personnes présentant une PTP est différente. Pour certains, le lien de confiance s'est créé dès le premier contact avec la personne, alors que cela a nécessité plusieurs rencontres pour d'autres. De plus, le maintien du lien de confiance était plus fragile pour quelques duos ergothérapeute-client. Les quatre participants ont souligné l'importance de faire des rencontres régulières, idéalement deux ou quatre fois par mois, avec une personne présentant une PTP. De plus, ils ont tous rapporté que le processus thérapeutique est souvent très long avec cette

population. D'ailleurs, le fait de rencontrer souvent la personne facilite l'application progressive des modalités d'intervention, telles que pour se rapprocher graduellement du domicile de la personne, comme E3 l'a fait avec P6. En fait, cette intervention a contribué à diminuer la réticence de P6 relativement à la visite de son domicile. Aussi, selon E2, le fait d'avoir vu régulièrement P3 et dans différents contextes et lieux a facilité la création et le maintien du lien de confiance.

Enfin, le processus thérapeutique entre chacun de ces duos s'est terminé à la suite de l'atteinte des objectifs thérapeutiques dans un seul cas (P3), mais ce processus était encore en cours avec P6 au moment de l'entrevue avec E3. Pour les trois autres ergothérapeutes, le processus thérapeutique s'est conclu avant l'établissement d'objectifs thérapeutiques, soit parce que la personne est partie d'elle-même durant la thérapie (P2 et P4), soit car l'ergothérapeute l'a référée à un autre service (P11), ou en raison du faible engagement de la personne dans la thérapie (P10).

5.4. Modalités du processus thérapeutique avec chaque personne

Cette section expose, dans le tableau 4 ci-bas, les modalités du processus thérapeutique entre chaque ergothérapeute et chaque personne présentant une PTP auprès desquelles ils sont intervenus. Ces modalités correspondent à la durée, la fréquence ainsi qu'au lieu des rencontres entre les ergothérapeutes et ces personnes.

Le tableau 4 ci-bas indique que les lieux où se sont déroulés les rencontres entre les six personnes présentant une PTP et les ergothérapeutes sont principalement le domicile de celles-ci. En fait, seul E3 a adapté ses lieux de rencontre avec la personne (P6) selon le niveau de tolérance de celle-ci. D'ailleurs, seule P6 a refusé que l'ergothérapeute aille dans son domicile dès la première rencontre.

Tableau 4.
Modalités du processus thérapeutique avec chaque personne

Personne présentant une PTP et ergothérapeute associé	Durée et fréquence des rencontres	Lieu des rencontres
P2 E1	<ul style="list-style-type: none"> • Durant près de 2 ans (avec interruptions), environ 12 rencontres. • Fréquence non documentée. 	Au domicile de la personne (résidence privée).
P3 E2	1 fois (P3 a quitté le service par elle-même).	Au domicile de la personne (logement).
P4 E2	<ul style="list-style-type: none"> • Durant environ 7 mois. • 1 fois par semaine. 	Au domicile de la personne (logement).
P6 E3	<ul style="list-style-type: none"> • Encore en cours lors de l'entrevue, depuis environ 8 mois. • 1 fois par semaine ou aux 2 semaines. 	Les 3-4 premières au CLSC, la suivante dans un café et les suivantes, dans la maison de la personne.
P10 E4	<ul style="list-style-type: none"> • Durant environ 6 mois. • Principalement aux 2 semaines (quelques fois 1 fois par semaine). 	Au domicile de la personne (maison).
P11 E4	Peu de rencontres (E4 l'a transférée au SIV).	Au domicile de la personne (maison).

5.5. Principes d'intervention utilisés par les participants auprès de personnes présentant une PTP

Cette section met de l'avant les principes d'intervention que les ergothérapeutes ont employés durant un processus thérapeutique avec une personne présentant une PTP et qui est réticente à recevoir de l'aide, selon leurs propres expériences. Ils sont regroupés en cinq catégories, soit : les principes d'intervention qui, selon les participants, 1) ont permis d'établir la relation thérapeutique et 2) de la maintenir, 3) ont contribué à réduire la réticence des personnes, 4) sont à prioriser, et 5) ont permis de diminuer les comportements de TP. Pour chacune de ces catégories, l'analyse thématique a permis de faire ressortir des interventions communes et des interventions distinctes. Pour chaque catégorie d'interventions, un tableau permet de résumer les interventions et de les associer aux modes thérapeutiques du MRI.

5.5.1. Principes d'intervention ayant permis d'établir la relation thérapeutique selon les participants

Tout d'abord, l'ensemble des ergothérapeutes ont souligné qu'il est important de prendre le temps de créer la relation thérapeutique avec les personnes présentant une PTP et que celle-ci se bâtit avec des rencontres régulières. Les propos de E2 appuient ceci :

Y'a eu différentes façons que le lien a été travaillé, tsé, en venant au centre, ça fait en sorte qu'on se voit régulièrement, donc le lien se crée. Le lien ne se crée pas AUTOUR du ménage, il se crée par des petits contacts réguliers et qui ne sont pas menaçants.

Cela dit, prendre le temps de créer la relation thérapeutique implique, selon les quatre ergothérapeutes, de discuter avec la personne de façon informelle de ce qui semble signifiant pour elle et de ce qui la rend à l'aise. En effet, aborder le sujet de la TP ou seulement des sujets problématiques dès le début peut être trop confrontant pour la personne, nuisant ainsi à l'établissement du lien et d'une ambiance positive et agréable, selon E3. Le sujet d'intérêt peut se trouver en observant l'environnement de la personne ou au fil de la discussion avec celle-ci, tel que l'exemple de E2 le montre : « on a commencé à jaser un peu, elle avait des chats. Donc moi j'utilise souvent l'animal comme point de contact. Donc on a commencé par parler de ses chats » (E2). E1 a même demandé à la personne de sortir des photos d'elle dans son passé afin de la stimuler à raconter ses intérêts et ses occupations antérieures. Ces ergothérapeutes ont donc rapporté avoir tenté de comprendre le vécu, les besoins, les habiletés, les difficultés, les intérêts et les occupations signifiantes des personnes présentant une PTP.

D'ailleurs, faire en sorte que la personne se sente écoutée et comprise dans son vécu vise également à ce qu'elle ait envie de partager ce qu'elle pense réellement. Cela implique de tenter de comprendre le sens à ce la personne dit, ce qui se dégage réellement derrière ses propos. E2 a mentionné ceci à ce sujet :

Ce que la personne dit au début, ça reflète quelque chose, on peut peut-être aller comprendre ce que ça veut dire, mais ce qu'elle dit, ce n'est pas nécessairement ce qu'elle veut. Donc c'est important d'essayer de comprendre le sens qu'elle donne à ce qu'elle veut nous dire. Tsé, y'a un sens au fait qu'elle accumule tout ça, c'est quoi ce sens-là, on peut essayer de creuser sur ça.

De plus, E1 a mentionné l'importance d'interroger la personne également sur ses attentes dès la première rencontre : « Au début, voir les attentes du client, s'il y a d'autres problèmes, des fois on peut justement aller chercher le lien avec ça, d'autres problèmes » (E1). Documenter les attentes du client vise à travailler sur ce que celui-ci désire le plus améliorer, sur ce qui le préoccupe le plus quotidiennement, ce que les quatre ergothérapeutes ont partagé. À ce sujet, E1 a mentionné ceci, en faisant référence à P2 : « quand elle voyait qu'on s'en allait dans le même sens qu'elle, le lien était bon ».

D'ailleurs, les quatre participants jugent que d'aider la personne à se fixer un objectif concret, réaliste et atteignable pour elle, dès les premières rencontres, est une autre intervention facilitant la création du lien thérapeutique. Cela vise à ce que le client vive un succès le plus rapidement possible afin qu'il soit motivé à poursuivre la thérapie « parce qu'une fois qu'on se met dans le concret et qu'on prouve en quelque sorte qu'on peut amener quelque chose à la personne, c'est à ce moment-là que le lien est créé » (E3). Cet objectif peut être en lien ou non avec la TP, selon le niveau de tolérance de la personne et sa motivation à changer ses habitudes de TP, mais aussi selon d'autres besoins qu'elle identifie. À cet effet, tous les ergothérapeutes ont mentionné que d'aider la personne à plusieurs niveaux selon ses besoins et désirs, et non pas seulement pour la TP, et de l'informer dès la première rencontre que cela fait partie du rôle de l'ergothérapeute, permet d'établir la relation thérapeutique. Les propos suivants illustrent cette idée :

Oui, de parler de l'accumulation compulsive, mais d'adresser aussi tout ce qu'il y a un peu autour [...] d'aborder d'autres problématiques connexes. [...] Je dirais que ça pris 3-4 rencontres au CLSC qu'on n'a pas juste parlé de ça non plus. Elle a vu que je pouvais l'aider dans son retour au travail, dans plein d'autres choses, donc on a fait des démarches autres aussi, pour bâtir le lien. (E3)

Le lien était bon quand on voyait du positif [...] au début, j'ai tout de suite eu un bon lien, parce qu'on a travaillé sur son confort, parce qu'elle avait beaucoup de douleur. Donc ça été des coussins thérapeutiques, des essais de coussins au lit, au fauteuil. (E1)

Dans le même sens, les quatre ergothérapeutes ont mentionné s'être assurés que la personne détienne un certain contrôle du déroulement des rencontres, d'autant plus qu'il s'agit de sa propre situation. Il est important de considérer le client comme l'expert de la situation qui a le pouvoir

qui lui revient dans le processus thérapeutique. Par exemple, E3 a rapporté avoir demandé à P6, lors de la première rencontre à son domicile, quelles étaient les pièces dont elle se sentait confortable de lui montrer, afin qu'elle ait le contrôle sur le déroulement de cette rencontre.

Bien que des objectifs qui ne sont pas en lien direct avec la TP peuvent être fixés, les participants ont précisé qu'il faut faire attention à l'évitement concernant la TP et être transparent par rapport à l'objectif de travailler sur cette problématique, et ce, dès les premières rencontres. E3 a mentionné ceci à ce sujet :

Je savais très bien que c'était un sujet qu'elle repoussait à aborder, parce que c'est un sujet qui est confrontant, c'est un sujet dont elle a honte. Donc oui, y aller selon les objectifs du client, mais être transparent aussi, de lui montrer les bénéfices d'adresser l'accumulation compulsive, aussi.

En outre, les ergothérapeutes ont rapporté la pertinence d'établir avec la personne un objectif concernant un moment où elle se sentirait prête à aller à domicile ou à commencer le tri d'objets (E3). Dans le même ordre d'idée, ils ont tous abordé le fait de répondre aux besoins primaires de la personne, tels que manger et dormir, afin d'aider à établir la relation thérapeutique. E1 a notamment mentionné ceci à ce sujet : « Quand aussi elle a eu son fauteuil auto-souleveur, ça, ça a changé sa vie, parce qu'elle dormait là d'dans, elle a dormi là d'dans plusieurs mois. Fait que, elle retrouvait une qualité de sommeil », et E3 a rapporté ceci à ce même sujet :

Elle était aux prises avec des problèmes de dettes, à cause de l'acquisition compulsive, fac de regarder des stratégies pour qu'elle puisse manger, pour qu'elle puisse avoir des repas, des ressources, de regarder au niveau du travail, parce que ça prenait beaucoup de place, elle était en arrêt de travail.

Se montrer disponible pour la personne est également un aspect qu'ont nommé les ergothérapeutes, tel qu'illustré par ces propos de E2 :

C'est comme ça qu'il faut pour arriver à créer un lien, c'est montrer, dans le temps, que peu importe ce qui se passe, peu importe si toi, tu décides de partir, si tu reviens après, moi je suis encore là, puis je suis encore présente, puis je t'attends encore rendu là.

Un autre ergothérapeute a affirmé qu'avec du recul, afin de se montrer disponible quotidiennement pour entrer en contact avec le client, elle aurait proposé ceci à P10, comme elle l'a déjà avec un autre client : « appelez-moi à tous les jours. Même si je ne suis pas là, laissez-moi un message sur ma boîte vocale, ça va me faire plaisir de le prendre » (E4). Cette ergothérapeute croit que cette stratégie lui aurait permis de mieux comprendre les facteurs influençant la mise en action (désencombrer) de la personne dans son quotidien.

5.5.1.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à établir la relation thérapeutique

Tout d'abord, prendre le temps de comprendre le vécu de la personne est une action teintée d'empathie, tout comme répondre aux besoins qu'elle exprime. En effet, les ergothérapeutes étaient à l'écoute des personnes en vue d'adapter les interventions selon leurs réalités. S'intéresser aux attentes de la personne est donc une intervention correspondant au mode "être empathique", mais aussi aux modes "collaborer" et "résoudre des problèmes". De fait, les ergothérapeutes ont permis aux personnes de choisir ce sur quoi elles voulaient travailler, sous forme d'objectifs, ce qui est une intervention axée sur les résultats. En outre, l'établissement d'un objectif à court terme dès la première rencontre correspond au mode "encourager", car cela vise à susciter de l'espoir chez les personnes, grâce à l'atteinte de cet objectif qui lui fera vivre un succès.

Tableau 5.
Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à établir la relation thérapeutique

Principes d'intervention	Modes thérapeutiques associés
Discuter avec la personne afin de comprendre son vécu et ce qui est signifiant pour elle	Être empathique
S'intéresser aux attentes de la personne en termes de changement que l'ergothérapeute peut l'aider à apporter	Collaborer Être empathique Résoudre des problèmes
L'aider à se fixer un objectif concret, réaliste et atteignable pour elle, dès les premières rencontres	Encourager Résoudre des problèmes
Partager le contrôle avec la personne concernant le déroulement des rencontres	Collaborer
Être transparent relativement à l'objectif de travailler sur la PTP	Résoudre des problèmes
Répondre aux besoins primaires de la personne, tels que manger et dormir	Être empathique
Se montrer disponible pour la personne	Être empathique

5.5.2. Principes d'intervention ayant permis de maintenir la relation thérapeutique selon les participants

En premier lieu, les quatre participants ont affirmé qu'être demeurés centré sur le client et qu'avoir respecté son rythme tout au long du processus thérapeutique a été bénéfique au maintien de la relation thérapeutique avec les personnes présentant une PTP. E3 a mentionné ceci à ce sujet : « ne pas non plus faire sentir que la personne est trop poussée dans le dos à travers tout ça, parce que c'est sûr que ce sont des étapes très confrontantes pour le désencombrement » (E3).

D'ailleurs, être tolérant, exiger le minimum de la personne relativement à ses objectifs thérapeutiques fixés, a aussi été nommé, ce que l'exemple de E2 indique : « Si ce n'est pas non sécuritaire, ce n'est pas si grave » (E2). Selon cet ergothérapeute, si la personne a suffisamment d'espace pour qu'elle puisse accomplir ses AVQ et combler ses besoins de base, c'est acceptable. Une attitude tolérante se dégage de cet autre exemple : « Avoir accès, par exemple, à la cuisinière ou à la douche, [...] ça serait un objectif réaliste, ce n'est pas obligé non plus de viser le désencombrement au complet » (E3). Par exemple, l'objectif peut être de cesser d'accumuler de nouveaux objets, comme cette autre ergothérapeute l'a dit : « le principal élément c'était de ne

plus entrer de nouvelles choses, avant de penser à vider les choses, trier les choses [...] Tranquillement, ça été de décider d'arrêter d'amener des nouvelles choses à la maison, plus que d'épurer » (E2).

Se montrer flexible et compréhensif est également une attitude à adopter selon les ergothérapeutes afin de faciliter le maintien de la relation thérapeutique avec cette population. En effet, ils ont respecté les moments plus difficiles, durant lesquels le client n'était pas disposé à travailler directement sur l'objectif prévu de la rencontre, tels que l'organisation ou le désencombrement du domicile. Cela dit, les quatre ergothérapeutes ont partagé avoir respecté la priorité du moment à chaque rencontre, et cet exemple provenant de E2 appuie cette idée :

Y'avait des moments où c'était plus sensible, des périodes où c'était moins facile, parce que, c'est sûr, admettons les fins de mois, là elle n'avait plus d'argent pour manger, bin là elle n'a plus d'énergie pour qu'on vienne jaser de pourquoi elle n'a pas fait son ménage, pis de comment elle va faire son ménage. La priorité, ce n'est plus l'organisation de l'appartement, la priorité c'est rendu, je dois me trouver de l'argent pour manger.

Ensuite, l'ensemble des ergothérapeutes ont souligné l'importance d'avoir un rôle d'accompagnement, de non-expert et une attitude non directive. E4 a précisé cette idée ainsi : « Oui, de souligner ce qui peut être plus malaisant comme dans l'entretien motivationnel, mais pas que je dirige et que je dise quoi faire, pis c'est quelle pièce qui est importante. Accompagner selon vos priorités, selon vos objectifs ».

Finalement, supporter la personne à chaque rencontre à partir de ses objectifs est une autre stratégie qu'ont nommé les participants afin de conserver le lien thérapeutique, tel qu'illustré par cette citation : « Faut travailler avec ce que la personne veut [...] se fixer des objectifs réalistes pour ne pas justement qu'elle se décourage et maintenir l'encouragement et le support auprès du client. » (E1). Dans le même optique d'accompagnement, E1 a mentionné l'importance de souligner les succès, aussi minimes soient-ils, en félicitant la personne présentant une PTP afin de maintenir sa motivation à poursuivre la thérapie.

5.5.2.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à maintenir la relation thérapeutique

Pour maintenir la relation thérapeutique, les ergothérapeutes ont fait preuve d'empathie, car ils ont écouté et tenté de comprendre les personnes, et ont ajusté les interventions selon leurs besoins immédiats. Dans le même sens, ils ont accompagné la personne à travers le processus thérapeutique, plutôt que de la diriger uniquement selon leurs propres expertises. Il s'agit donc d'une action collaborative de l'ergothérapeute. Enfin, souligner à la personne l'atteinte de ses objectifs thérapeutiques est une intervention appartenant au mode "encourager".

Tableau 6.
Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à maintenir la relation thérapeutique

Stratégies	Modes thérapeutiques associés
Demeurer centré sur la personne et respecter son rythme tout au long du processus thérapeutique	Être empathique
Être tolérant, flexible et compréhensif	Être empathique
Avoir un rôle d'accompagnement, de non-expert et une attitude non directive	Collaborer Être empathique
Souligner les succès thérapeutiques, aussi minimes soient-ils, en félicitant la personne	Encourager

5.5.3. Principes d'interventions ayant contribué à diminuer la réticence des personnes selon les participants

Tout d'abord, s'assurer que le lien thérapeutique est bien établi avec la personne avant de débiter les interventions reliées à la PTP (p. ex.: visiter le domicile, désencombrer, diminuer les comportements de TP) est un des principes d'intervention ayant le plus contribué à diminuer sa réticence à recevoir de l'aide, selon les quatre ergothérapeutes. Pour appuyer cette idée, E2 a admis que « si on n'a pas de lien, aussi minime, [...] on ne peut pas commencer à essayer de creuser sur quelque chose qui est difficile comme ça ».

De plus, procéder une étape à la fois avant d'aller dans le domicile ou avant d'entamer le désencombrement avec la personne, par exemple par exposition graduelle, est une autre stratégie utilisée par E3 ayant grandement contribué à diminuer l'attitude réticente de P6. De fait, après

quelques rencontres dans un CLSC, cet ergothérapeute et cette cliente sont allés dans un café pour se rapprocher graduellement du domicile de celle-ci. E3 a expliqué ceci : « je dirais qu'à la 3^e-4^e rencontre, elle m'a confirmé que mon approche lui convenait très bien, puis qu'elle me faisait confiance, pis qu'elle se sentait à l'aise. [...] je n'ai pas brusqué les choses, je ne me suis pas imposé non plus pour faire des visites à domicile, puis tout changer à son domicile ».

Dans le même ordre d'idées, E3 a laissé le temps à la personne de se départir de ses objets. Ce même ergothérapeute a aussi rapporté qu'user de créativité relativement aux intérêts et aux habiletés du client dans les façons de l'exposer graduellement à la visite du domicile ou au tri d'objets a favorisé sa collaboration. Par exemple, sachant que la personne avait un intérêt pour le dessin et qu'elle était designer, E3 lui a proposé de dessiner l'intérieur de son domicile afin qu'elle se sente plus à l'aise pour la première visite à domicile, tel que précisé ici :

La première chose qu'on a fait aussi avant la visite, c'est qu'elle m'a fait un dessin de son logement. Pour elle, on a convenu que c'était une étape préalable, comme ça, elle pouvait un peu me montrer de quoi son logement avait l'air, c'était comme moins confrontant pour elle, de le faire sur un plan papier, pis de me l'expliquer dans ses mots, avant que j'entre. On dirait qu'elle voulait m'éviter une surprise, elle ne voulait justement, bin ça fait partie de la honte, pas que j'aie de réaction négative en entrant dans son logement, un sentiment de rejet de l'intervenant, par exemple.

Cet ergothérapeute s'est aussi inspiré du rêve de P6 qu'elle savait présentement impossible, soit d'organiser un club de lecture chez elle, comme levier d'intervention. De fait, il lui a demandé quelle pièce serait dédiée à ce club de lecture et ce qu'elle envisagerait à l'égard de ce projet.

En cohérence avec les interventions graduelles, les quatre participants ont mentionné que d'avoir décomposé l'objectif à long terme en objectifs à court terme a contribué à motiver la personne à accepter l'aide de l'ergothérapeute. À ce sujet, cet E4 a rapporté ceci :

Petits objectifs, des petits pas à la fois. Si on voit trop gros, ils vont se décourager. Une semaine, ça peut être le salon, et la semaine d'après, si le salon est fait à la hauteur de ses attentes, on passe à une autre pièce, on passe à autre chose.

Enfin, fournir des ressources à la personne afin qu'elle puisse également s'informer elle-même sur la TP a été l'une des interventions les plus aidantes pour diminuer la réticence de P6, selon E3. Par exemple, cet ergothérapeute a prêté à P6 un livre portant sur la PTP.

5.5.3.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'interventions visant à diminuer la réticence des personnes

Tout d'abord, les ergothérapeutes ont considéré le fait que, pour la personne, montrer son domicile et se départir de ses biens peut être très difficile, donc ils sont intervenus graduellement et de façon à rejoindre les habiletés et les intérêts de la personne. Ils ont donc fait preuve d'empathie, ce qui semble avoir favorisé la collaboration des personnes avec les ergothérapeutes. De plus, avant de débiter toute intervention liée à la TP, les participants ont jaugé la relation thérapeutique, ce qui implique aussi d'être bien à l'écoute de la personne. Ensuite, les ergothérapeutes ont encouragé les personnes à poursuivre la thérapie en facilitant l'atteinte des objectifs thérapeutiques et en les rassurant lorsqu'elles vivaient des émotions négatives. Ces interventions sont teintées des modes thérapeutiques "encourager" et "résoudre des problèmes". Enfin, un participant a fourni une ressource matérielle afin que la personne puisse en savoir davantage sur la TP, ce qui correspond au mode "enseigner".

Tableau 7.
Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention ayant contribué à diminuer la réticence des personnes

Principes d'intervention	Modes thérapeutiques associés
S'assurer que le lien thérapeutique est bien établi avant de débiter les interventions liées à la PTP	Être empathique
Réaliser graduellement la visite du domicile ou le désencombrement avec la personne	Être empathique
Laisser le temps à la personne de se départir de ses objets	Être empathique
S'inspirer des intérêts et des habiletés de la personne pour intervenir	Être empathique
Décomposer l'objectif à long terme en objectifs à court terme	Encourager Résoudre des problèmes
Faciliter l'auto-information	Enseigner

5.5.4. Principes d'intervention à prioriser auprès d'une personne présentant une PTP selon les participants

Selon les quatre ergothérapeutes, créer un lien de confiance avec la personne en documentant ses attentes et en ne la confrontant pas d'emblée avec sa PTP est l'intervention à prioriser, donc à réaliser en premier. Par ailleurs, E2 et E3 ont rapporté que si la sécurité de la personne et celle d'autrui est compromise en raison de l'accumulation d'objets, cette sécurité doit être priorisée, au même niveau que la création du lien de confiance. Par exemple, une accumulation de cendres de cigarette par terre autour de plusieurs objets engendre un risque de feu, tel que l'a constaté E2 lors de son expérience avec P3. Ces ergothérapeutes jugent donc qu'à domicile, il faut prioriser ce sur quoi travailler avec la personne par ordre de sécurité, tout en créant un lien de confiance avec celle-ci.

Ensuite, E2 et E3 ont mentionné qu'il faut s'assurer que la personne ait accès aux objets nécessaires dans son domicile pour qu'elle puisse combler ses besoins de base et compléter ses AVQ, donc qu'elle soit fonctionnelle. Le cas échéant, ils recommandent aux ergothérapeutes de mettre en place des moyens avec la personne, comme la citation suivante l'indique : « C'est sûr, ça [le désencombrement], ça va prendre le bord, on gère la crise, pis on va essayer de trouver comment faire pour que tu puisses avoir quelque chose à manger, c'est quoi les moyens » (E2).

Les quatre participants recommandent aussi aux ergothérapeutes d'aider le client présentant une PTP, dès la première rencontre, à se fixer un objectif fonctionnel et réaliste à atteindre d'ici la prochaine rencontre. Cet objectif doit prioriser la sécurité du client, ses besoins de base et ce qu'il souligne comme étant important pour lui. En outre, E3 a suggéré d'intervenir sur ce qui est le moins confrontant pour la personne afin de favoriser la création du lien de confiance ou pour ne pas briser ce lien. Dans le même ordre d'idée, cet ergothérapeute et E4 ont mentionné l'importance d'intervenir sur ce qui est important pour le client et de se laisser guider par celui-ci, sachant qu'il a un pouvoir d'agir dans l'intervention. Voici ce que E4 a dit concernant ce principe d'intervention :

C'est beaucoup dans le savoir-être. D'accueillir ce qui est important pour la personne [...] être capable de danser, de valser avec la personne [...] on danse à deux, pis des fois on avance, pis des fois on recule. Donc de prendre le rôle qu'il faut, et si c'est à la personne

de diriger la danse, je me laisse guider. À moins que si on est supposés faire du jazz, mais que tu fais du tchatcha, là, ça ne marche pas. En tout temps, la personne est maîtresse de l'intervention.

E3 croit aussi en l'importance de réaliser une visite au domicile de la personne présentant une PTP le plus rapidement possible, tout en respectant le rythme de celle-ci. Voici ce qu'il a affirmé à cet effet :

Je trouve que c'est là qu'on peut vraiment faire avoir une perspective plus globale. Surtout pour cette problématique-là, c'est un gros avantage d'aller voir à domicile pour pouvoir faire une évaluation complète de la situation et c'est en intervenant dans les lieux de la personne que les interventions prennent tout leur sens.

Enfin, E4 a suggéré de viser le maintien des acquis par la personne, plutôt que d'exiger toujours plus de sa part, ce qui risquerait de la décourager. Par exemple, il a rapporté que si celle-ci réussit à réaliser une période quotidienne de 15 minutes pour désencombrer, il faut viser à ce que cette réussite se maintienne.

5.5.4.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention à prioriser selon les participants

D'abord, s'assurer que la personne puisse combler ses besoins nécessaires à son bien-être physique et psychologique, c'est être empathique envers la personne. En effet, les participants ont été à l'écoute des attentes de la personne. Ensuite, l'établissement d'un objectif atteignable pour la personne à chaque rencontre sans accroître nécessairement le niveau de difficulté visait à ce que la personne prenne de l'assurance. Cette intervention est donc associée au mode "encourager". De plus, en agissant ainsi, les ergothérapeutes proposaient une structure concernant l'atteinte des objectifs thérapeutiques et étaient transparents avec les personnes concernant le déroulement de chaque rencontre, ce qui correspond au mode "enseigner". Par ailleurs, l'établissement d'objectifs, tout comme la réalisation d'une visite au domicile de la personne au début de la thérapie sont des interventions orientées vers les résultats.

Tableau 8.
Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention à prioriser selon les participants

Principes d'intervention à prioriser	Modes thérapeutiques associés
Créer un lien de confiance avec la personne en documentant ses attentes	Être empathique
Viser la sécurité de la personne et celle d'autrui	Être empathique
S'assurer qu'elle puisse combler ses besoins de base	Être empathique
Aider la personne à se fixer un objectif fonctionnel et réaliste à atteindre d'ici la prochaine rencontre	Encourager Enseigner Résoudre des problèmes
Réaliser une visite au domicile de la personne le plus rapidement possible, tout en respectant son rythme	Résoudre des problèmes
Viser le maintien des acquis plutôt que d'exiger toujours plus de la personne	Encourager

5.5.5. Principes d'intervention ayant permis de diminuer les comportements de TP selon les participants

Tout d'abord, les quatre participants ont mentionné qu'il est important de garder en tête qu'intervenir sur une PTP est un travail de longue haleine, que cela requière un suivi rigoureux et des interventions régulières. La fréquence idéale des rencontres selon les ergothérapeutes est de deux ou quatre fois par mois, selon les besoins et le niveau de tolérance de chaque individu.

Ensuite, E3 et E4 ont mentionné qu'ils ont pris le temps d'évaluer ce qui se passe de façon globale, donc sur le plan de la personne, de son environnement et de sa participation occupationnelle, afin d'adapter les méthodes d'intervention. E4 a affirmé ceci à ce sujet :

Moi, ça me montre comment est l'environnement physique, mais ça ne me montre pas comment la personne s'organise. Est-ce comme cela parce que la personne, dans son organisation, elle est en train de perdre la mémoire ? Est-ce parce qu'il y a un côté plus affectif fort ? Qu'est-ce qui explique toute cette désorganisation-là ?

Les ergothérapeutes ont aussi employé diverses modalités d'interventions visant à diminuer les comportements de TP, soit l'enseignement, un calendrier avec des échéanciers, un horaire

occupationnel, des périodes de tri, une liste de questions, la gestion d'un budget, l'utilisation de sacs à objets et une mise en situation ou un collage. Par exemple, pour la modalité de l'enseignement, E4 a partagé des informations à la personne dans le but de normaliser certains de ses comportements et de l'amener à comprendre pourquoi elle lui suggère une intervention.

Concernant les calendriers avec des échéanciers, E1 a rapporté fonctionner avec ceux-ci, si la personne veut s'impliquer dans cette modalité, et a précisé ceci : « Le calendrier peut être à la vue, sur le frigidaire pour stimuler la personne, mettre des gommettes, de la couleur ». Cette modalité vise notamment à rappeler à la personne les objectifs thérapeutiques qu'elle s'est fixés.

E4 a partagé que, selon elle, l'intervention ayant le plus aidé la personne à diminuer ses comportements de TP est l'établissement d'un horaire occupationnel quotidien comportant une période pour faire du ménage dans son domicile. Cela dit, E3 et E4 ont mentionné avoir convenu avec la personne que celle-ci devait accomplir une période de tri ou de désencombrement de 10 ou 15 minutes par jour, suivie d'une activité au goût de la personne. Cette activité ne doit toutefois pas consister à se procurer d'autres biens. À ce sujet, E3 a partagé avoir aidé son client à limiter l'acquisition compulsive d'objets en formulant avec elle une liste de questions à se poser avant d'acquérir quelque chose et en l'aidant à se faire un budget. L'horaire occupationnel a fait réaliser à P10 qu'il y avait un déséquilibre occupationnel dans celui-ci, ce que E4 expliquait ainsi : « Dans le plan d'intervention, on s'était aussi données comme objectif, pas juste le désencombrement, mais qu'elle mange à des heures plus régulières, puis qu'elle prenne sa médication à des heures plus régulières ». En effet, E4 a précisé que l'horaire occupationnel est un outil visuel qui aide la personne à réaliser que certaines de ses activités prennent trop de place au quotidien, au détriment d'autres activités. Cet outil permet aussi d'inscrire des plages horaires afin de prévoir le temps que les occupations peuvent prendre, ce qui aide les personnes présentant une PTP à s'organiser.

Pour aider P10 à faire le tri d'objets à se départir, lorsqu'elle s'y sentait prête, E3 a utilisé une stratégie avec des sacs pour y mettre les objets. Cet ergothérapeute a mentionné avoir convenu avec cette personne que lorsqu'elle place un ou des objets dans un sac, même s'il n'est pas plein, elle doit aller le porter le jour même chez un organisme recueillant des objets usagers :

Les objets qu'elle voulait se départir, les changer d'endroit, et les amener plus près de la porte [...] elle décidait qu'elle n'avait plus besoin de ça et décidait ce qu'elle allait faire de l'objet, donc soit de le mettre dans le sac qui s'en va au magasin "Renaissance", soit le mettre dans le sac à jeter ou soit le mettre dans le sac de donner à un ami. Pis de faire ce tri-là, ça l'a énormément aidé, parce que ce n'est pas comme si elle se départissait tout de suite de l'objet. En même temps, elle était consciente que quand elle le mettait dans le sac, elle ne pouvait pas le reprendre pour le remettre à sa place.

Pour la mise en situation, E4 a mentionné que celle-ci peut être la préparation d'un repas simple ou d'un café, ou la réalisation d'une séance de tri, si la personne se sent prête. E4 a précisé que ceci, ou un collage, permet d'évaluer comment la personne s'organise dans une tâche et comment elle intègre les stratégies que l'ergothérapeute lui a enseignées. Ce participant a ajouté qu'une mise en situation permet aussi de détecter si la PTP est reliée à des difficultés d'ordre cognitif ou affectif. Selon elle, si la mise en situation permet de soulever que la PTP est principalement reliée à des difficultés concernant des habiletés cognitives, il est pertinent d'aider la personne à structurer l'organisation de son environnement et de ses occupations au quotidien. Si la difficulté est davantage d'ordre affectif, E4 a rapporté utiliser la balance décisionnelle, issue de l'entretien motivationnel. La balance décisionnelle, qui vise à refléter à l'individu une contradiction entre ses paroles et ses gestes, peut être utilisée en lui mentionnant ceci : « d'un côté vous me dites ça, mais de l'autre côté... » (E4). Cette ergothérapeute recommande donc d'employer la balance décisionnelle avec une personne présentant une PTP si elle a un discours parfois teinté d'une reconnaissance de cette problématique.

Ensuite, les quatre ergothérapeutes ont rapporté avoir recentré la personne sur ses objectifs thérapeutiques afin que celle-ci garde en tête l'action dont elle s'est engagée à accomplir pour l'aider à vivre de façon sécuritaire pour tous et satisfaisante pour elle-même.

Deux ergothérapeutes ont mentionné avoir amené la personne à se questionner sur sa sécurité dans son environnement et sur celle d'autrui. Ceci vise à ce qu'elle prenne conscience des conséquences de ses comportements sur elle et sur les autres, et qu'elle trouve elle-même des solutions. Par exemple, E2 a vu qu'il y avait des aliments périssables sur le comptoir de P4, donc il lui a demandé : « qu'est-ce qu'on pourrait faire pour éviter ça ? » (E2). Le participant 4 a quant à lui demandé ceci à son client : « Y a-t-il des façons que ça serait moins difficile ? », en faisant

référence au fait de se départir de ses nombreuses vestes de laine, alors que cette personne avait nommé que cela lui dérangeait d'en avoir autant. Toujours en questionnant la personne, cette ergothérapeute a inculqué à la personne présentant une PTP l'importance de désencombrer au moins deux sorties, en lui posant la question suivante : « si jamais le feu est devant la porte, qu'est-ce que tu vas faire ? » (E2). E2 a aussi visé à ce que la personne se "mette à la place" de ses chats, qui sont des êtres sensibles. Cette stratégie a fonctionné, puisque à la rencontre suivante, un espace dédié aux besoins des chats de P3 avait été créé par celle-ci. Voici ce qu'elle a expliqué à ce sujet :

On a commencé à parler, bah tsé, comment ils font pour se promener dans tout ça, les chats ? Est-ce qu'ils font tomber des affaires des fois ? Donc créer un peu comme ça, les premiers ponts qui ont été mis c'était par rapport à; peut-être qu'on pourrait s'arranger pour qu'ils aient un petit coin tranquille... Eux autres quand ils veulent aller dormir, ils vont où ?

Encourager la personne présentant une PTP à avoir et à maintenir des relations sociales représente également un principe d'intervention utilisé par un des participants ayant permis de diminuer les comportements de TP. De fait, E2 a mentionné que « chez des personnes qui ont une problématique de rupture sociale, c'est sûr qu'on encourage ça beaucoup, on valorise ça beaucoup aussi, de recréer des liens avec des gens autour ». Ceci a été facilitant chez P4, comme l'a affirmé E2 :

Pendant qu'elle fait une activité quelconque, elle n'est pas en train de se trouver d'autres affaires à ramener chez elle. Pis à mesure qu'elle commençait à créer plus de liens avec d'autres organismes et d'autres intervenants, ça faisait en sorte que la nouvelle accumulation n'a pas pris d'ampleur.

Finalement, E1 a mentionné que de travailler en équipe multidisciplinaire dans un contexte d'intervention auprès de clients présentant une PTP contribue à diminuer les comportements de TP : « c'est une problématique qui touche plusieurs intervenants en même temps ».

5.5.5.1. Modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à diminuer les comportements de TP

Tout d'abord, puisque les modalités d'interventions mentionnées dans cette section visaient à diminuer les comportements de TP, donc de corriger ce qui est problématique, l'application de ces modalités correspond au mode thérapeutique "résoudre des problèmes". Les ergothérapeutes

ont expliqué comment mettre en œuvre ces modalités, donc le mode "enseigner" est aussi concerné dans ces interventions. Favoriser le discours de changement et l'introspection de la personne implique de lui poser des questions stratégiques, donc ces actions sont aussi teintées du mode "résoudre des problèmes". Recentrer la personne sur ses objectifs thérapeutiques appartient également à ce mode, car ceci vise l'atteinte de résultats. Ensuite, les participants ont évalué la réalité de la personne afin de mieux comprendre ses ressentis et ses comportements pour ainsi lui proposer des interventions tenant compte de ces éléments. Le mode thérapeutique "être empathique" transparaît donc de ces actions. Le fait d'ajuster la fréquence des rencontres aux besoins de chaque personne démontre la collaboration entre celle-ci et l'ergothérapeute durant la thérapie, tout comme le fait de considérer ses réflexions et ses décisions. Enfin, encourager la personne à avoir des relations sociales est associé au mode "encourager", car les ergothérapeutes soulignaient un comportement souhaitable pouvant contribuer à sa santé mentale.

Tableau 9.
Résumé des modes thérapeutiques associés aux principes d'intervention visant à diminuer les comportements de TP

Principes d'intervention	Modes thérapeutiques associés
Garder en tête qu'intervenir sur une PTP est un travail de longue haleine	N.A.
Faire un suivi rigoureux et des interventions régulières (2 ou 4 fois/mois), selon les besoins de chaque personne	Être empathique Collaborer
Prendre le temps d'évaluer de comprendre ce qui se passe de façon globale afin d'adapter les modalités d'intervention	Être empathique
Modalités d'intervention : enseignement, calendrier avec échéanciers, horaire occupationnel, périodes de tri, liste de questions, gestion d'un budget, utilisation de sacs à objets, mise en situation, collage.	Résoudre des problèmes Enseigner
Recentrer la personne sur ses objectifs thérapeutiques	Résoudre des problèmes
Favoriser le discours de changement (ex.: balance décisionnelle)	Résoudre des problèmes
Soutenir l'introspection et l'autonomie décisionnelle de la personne	Résoudre des problèmes Collaborer
L'encourager à avoir et à maintenir des relations sociales	Encourager

N.A. : Non applicable, car aucun mode thérapeutique n'est associé à ce principe d'intervention

5.6. Principes d'intervention des participants et modes thérapeutiques

La figure 2 située à la page suivante illustre la fréquence des modes thérapeutiques associées à l'ensemble des principes d'interventions utilisés par les ergothérapeutes. De façon générale, ces principes d'intervention correspondent davantage aux modes de l'empathie (40%) et de la résolution de problèmes (25%). En observant cette figure, il est aussi possible de constater que les autres modes thérapeutiques se dégagent de certains principes d'intervention des participants, de façon décroissante selon cet ordre : encourager, collaborer et enseigner. Par ailleurs, le mode "plaidoyer" en est associé à aucun.

À la figure 3, située sous la figure 2, la fréquence des modes thérapeutiques par catégorie d'interventions est illustrée. D'après ce diagramme, les modes "être empathique" et "encourager" correspondent chacun à au moins un principe d'intervention pour chacune de ces cinq catégories. De plus, les principes d'intervention teintés du mode de la résolution de problèmes ont été utilisés particulièrement dans le but de diminuer les comportements de TP des personnes, et le mode de l'empathie a été bénéfique surtout pour établir la relation thérapeutique. Par ailleurs, les principes d'intervention d'une seule catégorie d'intervention sur cinq ne sont pas majoritairement associés au mode de l'empathie, soit ceux visant à diminuer les comportements de TP. Enfin, il est possible de constater que le mode "enseigner" n'est associé à aucun principe d'intervention axé sur la relation thérapeutique.

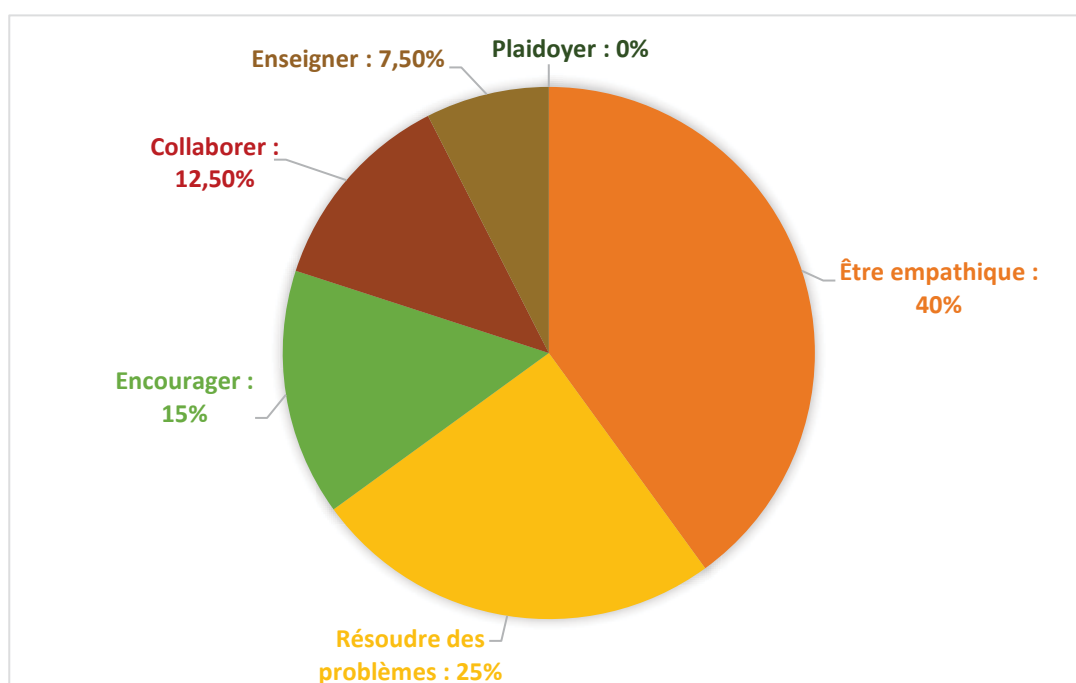


Figure 2. Fréquence des modes thérapeutiques des ergothérapeutes

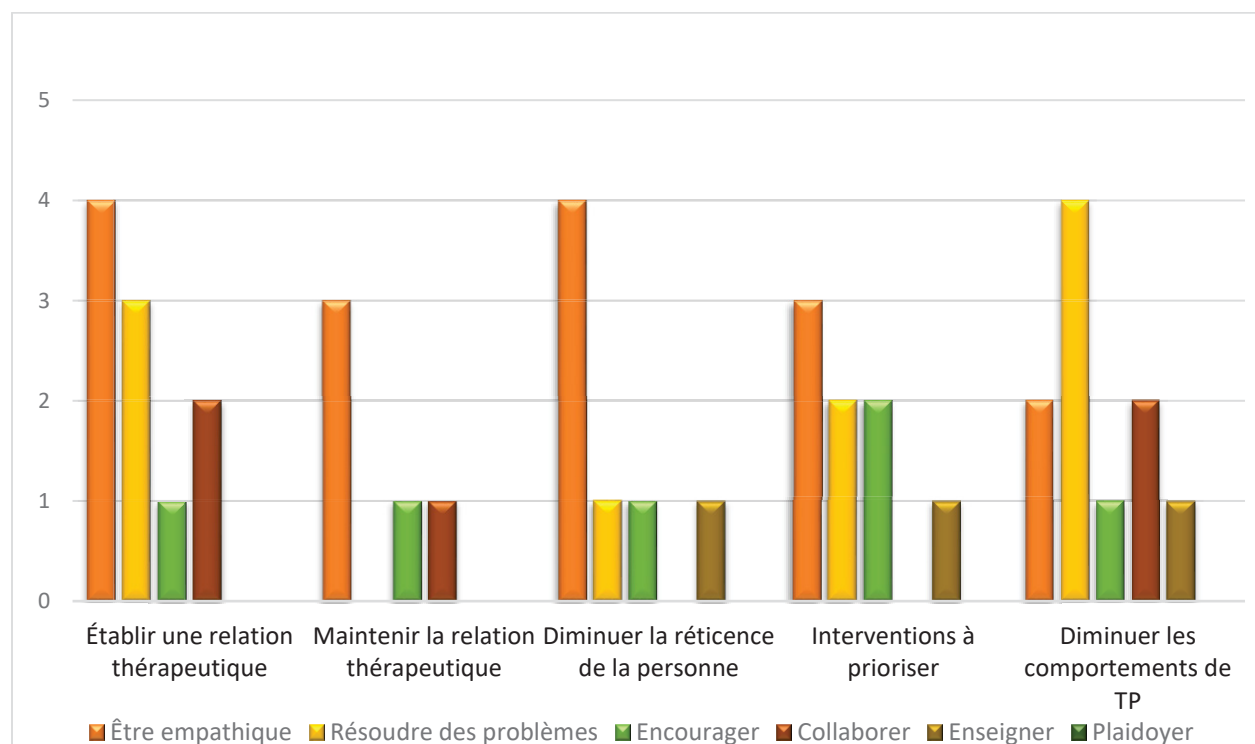


Figure 3. Fréquence des modes thérapeutiques par catégorie d'interventions

Globalement, le mode thérapeutique "empathique" est celui étant attribué au plus grand nombre de principes d'intervention, et de façon importante. En fait, l'attitude empathique a facilité le développement de la relation thérapeutique et a contribué à diminuer la réticence et les comportements de TP des personnes. Ce mode correspond aussi à des principes d'intervention que les participants jugent comme étant prioritaires avec ces personnes. Cela dit, ils ont pris le temps de comprendre le vécu de celles-ci, de répondre à ce qui est signifiant pour elles, ainsi qu'à leurs besoins primaires. Ils ont aussi respecté le rythme de la personne tout au long de la thérapie, conservé une attitude non directive et adapté les méthodes d'intervention selon les besoins, les habiletés et les intérêts de celle-ci.

Le mode thérapeutique "résoudre des problèmes" ressort de plusieurs principes d'intervention, dont ceux consistant à établir la relation thérapeutique. D'ailleurs, les participants ont souligné l'importance d'être transparent dès la première rencontre avec les personnes relativement aux objectifs thérapeutiques liés à la PTP (ex.: visite du domicile, désencombrement, diminution des comportements de TP). Cela dit, pour établir la relation thérapeutique, ils ont amené la personne à réfléchir sur les changements qu'elle désirait apporter, sous forme d'objectifs. La résolution de problèmes semble également se dégager de quelques principes d'intervention à prioriser selon les participants et de certains principes visant à diminuer la réticence des personnes. Cependant, ce mode est surtout associé au fait de tenter de réduire les comportements de TP, tel qu'en utilisant des modalités soutenant la remise en question des clients.

Par la suite, le mode thérapeutique "encourager" semble avoir autant contribué au développement de la relation thérapeutique qu'à la diminution de la réticence et des comportements de TP des personnes présentant une PTP. Les participants jugent même prioritaire que les objectifs fixés soient facilement atteignables pour ces personnes et que le niveau de difficulté de ceux-ci ne soit pas nécessairement grandissant d'une rencontre à l'autre. Ceci vise à faire vivre de petits succès le plus tôt possible durant la thérapie, donc à encourager les personnes à chaque rencontre.

Concernant le mode "collaborer", celui-ci est associé à quelques principes d'intervention mentionnés par les participants. Tout d'abord, avoir demandé les attentes de la personne et lui

remettre le pouvoir qui lui revient a contribué à construire le lien de confiance. Ensuite, avoir considéré l'expertise de la personne a permis de conserver ce lien, et soutenir son autonomie décisionnelle a contribué à diminuer ses comportements de TP. Bref, les ergothérapeutes ont amené les personnes à cheminer de façon collaborative avec eux à chaque rencontre.

Ensuite, peu de principes d'intervention appartiennent au mode thérapeutique "enseigner". En fait, ce dernier ne semble pas avoir contribué à développer la relation thérapeutique, ni à favoriser la collaboration des personnes avec les ergothérapeutes. Cela dit, lorsque les personnes semblaient ouvertes à l'aide des ergothérapeutes relativement à leur PTP, ceux-ci leur ont appris comment réaliser certaines activités ou tâches visant à les aider à diminuer leurs comportements de TP. Les participants ont tout de même soulevé l'importance d'établir un objectif thérapeutique à chaque rencontre avec la personne, ce qui est teinté de ce mode en raison de l'attention portée à la structure des rencontres.

Finalement, le mode "plaidoyer" ne se dégage d'aucun principe d'intervention mentionné par les participants. De fait, les ergothérapeutes n'ont pas rapporté avoir agi auprès d'instances ou de personnes externes dans le but de défendre certains droits des personnes. Les principes d'interventions qu'ils ont appliqué qui visaient à permettre aux personnes d'avoir les ressources matérielles et humaines nécessaires à leur participation occupationnelle sont teintés d'un rôle d'accompagnateur plutôt que d'un rôle de défenseur de justice. En effet, cela a été réalisé de façon individuelle avec les personnes présentant une PTP, principalement en discutant avec elles, en leur posant des questions, en les écoutant et en observant leur environnement.

6. DISCUSSION

Cette discussion vise à présenter l'interprétation des résultats à la lumière des objectifs de cet essai et par l'appui du cadre conceptuel. Les objectifs de cette étude étaient donc d'explorer comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec des personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide et comment ces ergothérapeutes interviennent auprès de celles-ci afin de soutenir leur participation occupationnelle. Cela dit, une comparaison entre le développement de la relation thérapeutique avec ces personnes décrit dans cet essai et celui issu des résultats probants est présentée. Ensuite, il est question des impacts du contexte de pratique sur le processus thérapeutique, considérant certains principes d'intervention rapportés par les participants. Deux autres comparaisons avec les résultats probants sont exposées, soit concernant les particularités des personnes en question dans cet essai, puis concernant les interventions que les participants ont utilisées auprès de celles-ci. Par la suite, les résultats sont discutés à l'égard de la participation occupationnelle, puis des modes thérapeutiques se dégageant des principes d'intervention utilisés par les participants. Enfin, les forces et les limites de cet essai ainsi que les retombées de celui-ci pour la pratique de l'ergothérapie sont exposées.

6.1. Développement de la relation thérapeutique

Les résultats de cet essai confirment les propos de Tolin (2011), Firsten-Kaufman et Hildebrandt (2016) et ceux de Moreau (2016), soit que l'établissement et le maintien de la relation thérapeutique avec une personne présentant une PTP est complexe. En fait, parmi les six personnes présentant une PTP auprès desquelles les ergothérapeutes ayant participé à cette étude sont intervenus, l'établissement de la relation thérapeutique a été facile avec cinq d'entre elles, quoique long pour P6. Pourtant, ces cinq personnes étaient réticentes à recevoir de l'aide relativement à leur PTP. Ceci semble être expliqué, selon les ergothérapeutes, principalement par le fait d'avoir répondu aux attentes de la personne qui n'étaient pas reliées à la PTP, d'avoir tenté de comprendre son vécu et de lui avoir donné du pouvoir concernant le déroulement des rencontres. Le fait que ces personnes avaient déjà créé un lien de confiance avec un autre intervenant semble aussi avoir facilité l'établissement de la relation thérapeutique avec les participants. Toutefois, lorsque les ergothérapeutes ont commencé à aborder la PTP avec P2, P3 et P10, la relation thérapeutique est

devenue fragile. Or, comme l'a mentionné E2, l'établissement de la relation thérapeutique est une étape primordiale avant de débiter toute intervention auprès de ces personnes. D'ailleurs, un des principes d'intervention ayant contribué à diminuer la réticence de la personne selon les ergothérapeutes consiste à s'assurer que le lien thérapeutique est bien établi avant d'aller dans le domicile du client ou avant d'entamer le désencombrement avec celui-ci. De plus, les quatre ergothérapeutes ont mentionné que de créer un lien de confiance avec la personne est l'intervention à prioriser.

6.2. Impacts du contexte de pratique sur le processus thérapeutique

Les quatre participants ont souligné qu'intervenir auprès d'une personne présentant une PTP implique du temps et des rencontres régulières. Or, les contextes de pratique des ergothérapeutes ne sont pas tous conçus pour qu'ils puissent facilement, et de façon conventionnelle et fréquente, œuvrer selon la réalité de chaque client. De fait, les intervenants possèdent souvent certaines limites en termes de temps d'intervention, selon les règlements de leur contexte de pratique. Dans une perspective de justice pour les clients, le nombre de personnes vues en ergothérapie peut aussi expliquer ces limites de temps. Plus précisément, la fréquence des rencontres, le temps consacré à celles-ci et la durée du processus thérapeutique avec chaque personne sont souvent balisés dans les contextes de pratique des ergothérapeutes. Par exemple, E4, qui travaillait en soutien à domicile comme E1, était limitée concernant la durée des processus thérapeutiques et de la fréquence de chaque rencontre. En revanche, concernant le contexte de pratique de E2 et de E3 (centre de services communautaires et programme SIV), la durée des processus thérapeutiques, la fréquence et les lieux des rencontres sont facilement flexibles. D'ailleurs, E4 a mentionné avoir référée P11 au programme SIV, puisque les ergothérapeutes y œuvrant ont un mandat d'intervention plus long qu'au soutien à domicile. Bref, les ergothérapeutes qui ont des mandats d'intervention de plus de six mois et qui peuvent rencontrer leurs clients plusieurs fois par semaine semblent avantagés pour intervenir auprès des personnes présentant une PTP.

Selon les résultats de cette étude, lorsque le contexte de pratique limite l'ergothérapeute relativement au temps à accorder à chaque client, nuisant ainsi au processus thérapeutique avec une personne présentant une PTP et qui est réticente à recevoir de l'aide, la présence d'une relation

de confiance établie antérieurement durant un processus thérapeutique, peu importe le motif de référence, semble pallier à cette conséquence. En effet, avant de débiter le processus thérapeutique avec les participants, les six personnes avaient déjà construit un lien thérapeutique avec ceux-ci ou avec un autre professionnel de la même équipe, ce qui semble avoir facilité le développement de la relation thérapeutique avec les participants, pour la majorité.

6.3. Particularités des personnes présentant une PTP

La description des onze personnes présentant une PTP vues par les ergothérapeutes (voir tableau 3) ayant participé à cette étude concorde avec celle documentée dans APA (2015) et Frost, Steketee et Tolin (2011). En effet, les participants ont mentionné que la majorité de ces personnes présente d'autres problématiques, en plus de la TP. Elles étaient toutes aux prises avec des troubles physiques et/ou psychologiques, certaines présentaient des difficultés financières et d'autres avaient une problématique de consommation de substances. De plus, ces onze personnes étaient isolées socialement et quelques-unes vivaient aussi une situation de désaffiliation sociale.

6.4. Intervention ayant été utilisées par les participants

Les interventions actuellement utilisées pour intervenir auprès des personnes présentant une PTP documentées dans St-Pierre-Delorme (2015) et dans Lallemand (2016) ainsi que les interventions que les participants de cette étude ont rapporté avoir utilisé sont très semblables. Effectivement, selon St-Pierre Delorme, la TCC est l'intervention la plus utilisée actuellement auprès des personnes présentant une PTP, par tout professionnel, et plusieurs principes d'intervention inspirés de la TCC ont été employés par les ergothérapeutes interrogés. En outre, la majorité des stratégies liées à la TCC que les ergothérapeutes sondés par Lallemand (2016) ont rapporté utiliser pour intervenir sur une PTP sont les mêmes que celles utilisées par les ergothérapeutes rencontrés pour cette étude. En effet, questionner les achats futurs et leur pertinence, faire des mises en situation afin d'amener la personne à prendre conscience du problème, faire des plans de tri, réaliser un échéancier et un horaire pour les séances de tri et pratiquer l'exposition graduée au fait de trier des objets (Lallemand) sont des stratégies inspirées de la TCC présentes dans les résultats de cet essai. St-Pierre Delorme indique aussi que des séances d'entretien motivationnel ont été ajoutées à la TCC par des psychologues afin de bonifier la TCC. Or, une seule participante de cette étude a mentionné avoir utilisé quelques stratégies de l'entretien

motivationnel pour intervenir auprès d'une personne présentant une PTP. Par exemple, elle a rapporté avoir employé la balance décisionnelle pour nommer l'ambivalence de la personne. Cela dit, comme dans les résultats de l'étude de Lallemand, la balance décisionnelle est rarement pratiquée par les participants auprès des personnes présentant une PTP. Par ailleurs, aider la personne à prendre conscience de l'impact de ses comportements de TP et à se fixer des objectifs à chaque rencontre ainsi que respecter son rythme sont des principes d'intervention qui ont été rapportés par les quatre ergothérapeutes leur ayant permis d'établir et maintenir une relation thérapeutique et d'intervenir auprès des personnes présentant une PTP. Ces principes, tout comme la balance décisionnelle, visent à laisser le client explorer sa problématique plutôt que de faire le travail à sa place et à aller au même rythme que le client pour éviter que celui-ci ne résiste au rythme de l'ergothérapeute (Rossignol, 2001). Finalement, deux participants ont abordé la motivation des personnes présentant une PTP concernant le développement de la relation thérapeutique. Effectivement, E3 a mentionné leur faire vivre des succès afin de les motiver à poursuivre la thérapie et E1 a rapporté souligner leurs succès afin de maintenir cette motivation. Cela dit, la motivation des personnes présentant une PTP semble être un élément important à considérer tout au long de la thérapie selon la majorité des ergothérapeutes interrogés. Ceci abonde dans le même sens que l'étude de St-Pierre-Delorme et celle de Moreau (2016), puisque ces auteures stipulent que la motivation faible et fluctuante de cette population représente un enjeu dans l'intervention auprès de celle-ci.

L'ensemble des résultats de Lallemand (2016) ayant trait aux interventions en lien avec la PTP s'apparente grandement aux résultats de cet essai. Tout d'abord, en plus des stratégies de la TCC nommées précédemment, la réduction des méfaits pour assurer la sécurité des personnes présentant une PTP, l'enseignement, le support et l'encouragement sont des modalités que les ergothérapeutes interrogés dans le cadre de cette étude utilisent. Ensuite, l'importance du travail d'équipe multidisciplinaire, de la relation thérapeutique, de prendre le temps avant d'intervenir sur la PTP et d'avoir une attitude de non-jugement est également ressortie dans cette étude, comme dans celle de Lallemand. Finalement, s'appuyer sur une force de la personne présentant une PTP et sur ses intérêts est aussi une similarité entre les résultats de cette chercheure et ceux de cet essai.

Par ces nombreuses ressemblances, il est possible d'hypothétiser que les ergothérapeutes québécois interviennent de façon semblable auprès de personnes vivant avec une PTP.

6.5. Aider les personnes à soutenir leur participation occupationnelle

Bien que le concept de participation occupationnelle n'ait pas été abordé précisément par les ergothérapeutes rencontrés, les résultats montrent que ceux-ci ont amené les personnes à favoriser leur participation à des occupations essentielles à leur bien-être, tout en respectant leur rythme. Ils ont rapporté avoir pris le temps de comprendre les besoins, les intérêts et les habiletés des personnes présentant une PTP et les avoir aidé à établir des objectifs occupationnels à court terme qui ont du sens pour elles, dans le but de les motiver à poursuivre la thérapie. Ils ont aussi accompagné ces personnes à réaliser que leurs comportements de TP nuisent ou empêchent la participation à occupations significatives qu'elles désirent reprendre ou débiter, c'est-à-dire qui témoignent de leur identité et de leur compétence, et qui assurent leur bien-être. Grâce à cette prise de conscience, la volition de l'individu dans sa mise en action vers la participation à ses anciennes ou nouvelles occupations augmente, tout comme sa motivation à accepter l'aide de l'ergothérapeute et à changer ses habitudes d'accumulation, (comportements de TP) voire à les éliminer. Or, cette mise en action implique aussi d'apporter des changements à son environnement physique, donc de désencombrer sa demeure. D'ailleurs, les ergothérapeutes ont rapporté avoir rapidement convenu avec les personnes de l'importance de se fixer un objectif lié à la PTP, tout en respectant leur niveau de tolérance.

6.6. MRI et principes d'intervention des participants

Durant le processus thérapeutique avec les personnes présentant une PTP, les ergothérapeutes ont employé divers principes d'intervention pouvant être reliés au MRI. En effet, documenter les attentes du client afin de travailler sur ce que celui-ci désire le plus améliorer a été soulevé par les quatre ergothérapeutes. Ceci concorde avec le MRI qui place la personne au centre de la thérapie. Cette stratégie est aussi cohérente avec la pratique centrée sur le client, laquelle doit être utilisée par tout ergothérapeute pour être compétent selon l'ACE (2012), impliquant notamment de demeurer centré sur les objectifs prioritaires du client.

6.6.1. Modes thérapeutiques et principes d'intervention des participants

Selon les résultats de cette étude, l'empathie semble être un mode thérapeutique dont les ergothérapeutes gagnent à adopter dans l'ensemble de leurs interventions auprès de personnes présentant une PTP. Inversement, le fait de plaider ne semble pas être un mode utilisé auprès de cette population. En effet, pour favoriser la participation occupationnelle des clients, les principes d'intervention appliqués individuellement auprès de ceux-ci, étant axés sur l'empathie, la résolution de problèmes, l'encouragement et la collaboration, semblent suffire. Par ailleurs, le mode de la résolution de problèmes est associé à la majorité des principes d'intervention des participants visant à diminuer les comportements de TP des clients. Ceci s'explique principalement par le fait que ces principes d'intervention sont axés sur les résultats. Cela implique donc d'aborder puis de tenter de corriger ce qui est problématique en raison de la PTP, par la mise en œuvre d'objectifs thérapeutiques. Une orientation vers les résultats dès le début du processus thérapeutique semble donc faciliter la création du lien thérapeutique. Autrement dit, il est favorable d'être transparent concernant l'objectif de travailler sur la PTP dès la première rencontre avec le client. De plus, le fait de conserver une orientation vers la résolution de problèmes à chaque rencontre avec le client peut aider celui-ci à diminuer ses comportements de TP en vue de soutenir sa participation à des occupations significatives pour lui.

Sachant que les participants ont soulevé l'importance d'avoir un rôle d'accompagnement et de non expert, le mode "enseigner", principalement en raison de son caractère directif, se dégage de très peu d'interventions. Ceci concorde donc avec le fait que le mode "être empathique" soit celui étant associé au plus grand nombre d'interventions. Effectivement, alors que le mode de l'enseignement implique de mettre l'emphasis sur la structure des rencontres et de fournir des renseignements à la personne, le mode de l'empathie implique d'adapter le déroulement des rencontres aux besoins immédiats de la personne et de la considérer comme l'experte de sa situation.

6.7. Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte des forces. Tout d'abord, cet essai a permis d'explorer un sujet qui est actuellement peu documenté, soit comment des ergothérapeutes québécois interviennent auprès d'une population pour laquelle il a été démontré qu'il est difficile d'intervenir. Ensuite, le fait

d'avoir réalisé des entrevues avec des ergothérapeutes ayant des expériences d'intervention auprès de personnes présentant une PTP a permis de recueillir des résultats plus exhaustifs que via une modalité moins directe et personnalisée, tels que des sondages, par exemple.

Cette étude comporte aussi quelques limites. Tout d'abord, la taille de l'échantillon, étant de quatre ergothérapeutes, est petite et la saturation empirique n'a pas été atteinte. Par conséquent, la validité externe de cette recherche est diminuée et la généralisation des résultats à d'autres ergothérapeutes du Québec est donc difficilement réalisable. Ensuite, il est possible que de façon non intentionnelle, l'interprétation faite par la chercheuse des propos qu'ont rapportés les participants durant les entrevues ne soit pas exactement représentative de ce que ceux-ci voulaient réellement exprimer. Également, les modes thérapeutiques ont été déterminés à partir des propos des participants et non à partir d'observations. Cela dit, il est probable que ceux-ci aient rapporté partiellement les interventions qu'ils ont effectuées, en raison d'oublis, par exemple.

6.8. Retombées de l'étude pour la pratique de l'ergothérapie

Cette étude permet tout d'abord aux ergothérapeutes d'en savoir davantage sur les caractéristiques générales des personnes présentant une PTP et sur les réactions que celles-ci peuvent avoir durant le développement de la relation thérapeutique, d'après l'expérience de quatre ergothérapeutes. De fait, selon les recherches de l'auteure de cet essai, aucun autre article publié à ce jour n'apporte des descriptions à ces sujets, lesquelles permettent de mieux comprendre la réalité de cette population.

Ensuite, cette étude permet de connaître plusieurs principes d'intervention qu'ont utilisés les ergothérapeutes interrogés auprès de personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide. Ainsi, les lecteurs de cet ouvrage peuvent être davantage informés quant aux principes d'intervention ayant permis d'établir et de maintenir une relation thérapeutique avec ces personnes. De plus, les lecteurs peuvent connaître plusieurs autres principes d'intervention ayant le potentiel, selon les participants, de soutenir la participation occupationnelle des personnes présentant une PTP. Il s'agit de principes d'intervention ayant contribué à diminuer la réticence et les comportements de ces personnes ainsi que les principes d'intervention à prioriser. De surcroît,

l'association de ces principes d'intervention aux modes thérapeutiques de Taylor (2008) n'a encore jamais été effectuée relativement aux interventions ergothérapeutiques auprès de cette population.

Finalement, grâce à cet essai, il est également possible de comprendre que certains contextes de pratique d'ergothérapeutes peuvent rendre difficile la réalisation d'un processus thérapeutique auprès d'une personne présentant une PTP. Bref, la lecture de cette recherche peut permettre aux ergothérapeutes de développer leurs connaissances relatives aux interventions d'ergothérapeutes québécois auprès de cette population.

7. CONCLUSION

Les objectifs de cette présente étude étaient d'explorer comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec des personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide et comment ils interviennent auprès de cette population afin de soutenir sa participation occupationnelle.

Cet essai met en évidence l'importance de respecter le rythme de chaque personne présentant une PTP et de ne pas brusquer les interventions visant à désencombrer le domicile de celle-ci. En ce sens, l'ergothérapeute doit s'assurer que la relation thérapeutique est bien établie entre lui et la personne avant de lui proposer une telle mise en action. Bien que ces principes d'intervention soient valables pour tout client recevant des services ergothérapiques, il est particulièrement primordial avec les personnes vivant avec une PTP, puisque la majorité d'entre elles sont réticentes à recevoir de l'aide (Moreau, 2016) et leur motivation est faible et fluctuante (St-Pierre-Delorme, 2015). Cela dit, tout ergothérapeute ayant à intervenir auprès de cette population doit s'attendre à ce que cela nécessite du temps et des rencontres régulières. Toutefois, cela semble être difficile à appliquer par les ergothérapeutes qui possèdent des limites de temps à accorder à chaque personne découlant du nombre de clients sur la liste d'attente et des règlements de leur milieu de travail. Par ailleurs, l'atteinte d'objectifs thérapeutiques à court terme et concrets à travers un objectif à plus long terme tout au long de la thérapie peut aider à une mise en action motivante pour la personne. L'ergothérapeute a donc avantage à aider celle-ci sur plusieurs plans, tels que pour gérer son budget et pour établir un horaire occupationnel, mais il doit demeurer transparent concernant l'objectif de travailler sur la PTP. En somme, l'empathie et la résolution de problèmes semblent être bénéfiques aux interventions auprès des personnes vivant avec une PTP.

Il serait pertinent, dans le cadre d'une prochaine recherche, de faire suite à cette étude en approfondissant les principes d'intervention qu'utilisent les ergothérapeutes pour intervenir auprès de personnes présentant une PTP et qui sont réticentes à recevoir de l'aide. Pour ce faire, il serait intéressant de sonder d'autres ergothérapeutes sur le même sujet en ayant un plus grand échantillonnage, afin de tendre vers une meilleure généralisation des résultats. Ainsi, en atteignant la saturation des données, la formulation de recommandations en termes de principes

d'intervention à utiliser auprès de cette population serait envisageable. Ceci permettrait d'outiller les ergothérapeutes qui désirent s'informer en ce sens.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A., Crocq et J. D., Guelfi, trad.). Montréal, Canada: Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2013 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Association).
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré sur le site de l'Association canadienne des ergothérapeutes : <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Ayers, C. R., & Dozier, M. E. (2015). Predictors of hoarding severity in older adults with hoarding disorder. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1147-1156. doi: 10.1017/S1041610214001677
- Ayers, C. R., Bratitotis, C., Saxena, S., & Wetherell, J. L. (2012). Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: a collective case study. *Aging Mental Health*, 16(7), 915-921. doi: 10.1080/13607863.2012.678480
- Ayers, C. R., Iqbal, Y., & Strickland, K. (2014). Medical conditions in geriatric hoarding disorder patients. *Aging & Mental Health*, 18, 148–151. doi :10.1080/13607863.2013.814105
- Bélanger, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le Partenaire*, 13(1), 8-15.
- Brakoulias, V., & Milicevic, D. (2015). Assessment and treatment of hoarding disorder. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 358-360. doi: 10.1177/1039856215587235
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (n.d.). *Insalubrité*. Repéré à <http://santepublique-outaouais.qc.ca/actualites/environnement-et-sante/insalubrite/>
- Chapin, K. R., Sergeant, F. J., Landry, T. S., Koenig T., Leiste, M., & Reynolds, K. (2010). Hoarding Cases Involving Older Adults: The Transition from a Private Matter to the Public Sector. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(8), 723-742. doi: 10.1080/01634372.2010.517697
- Chiu, T., & Oliver, R. (2006). Factor analysis and construct validity of the SAFER-HOME. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 26, 132–142. doi: 10.1177/153944920602600403

- Désormeaux-Moreau, M., Aubin, G., & Larivière, N. (2017). Home Safety Issues Experienced by People with Mental Health Conditions: Theoretical reflection on related ethical issues. *Journal of Ethics in Mental Health, 10*, 1-14.
- Diefenbach, G. J., DiMauro, J., Frost, R., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2013). Characteristics of hoarding in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(10), 1043-1047. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.028
- Dissanayake, S., Barnard, E., & Willis, S. (2017). The Emerging Role of Occupational Therapists in the Assessment and Treatment of Compulsive Hoarding: An Exploratory Study. *New Zealand Journal of Occupational Therapy, 64*(2), 22-30. Repéré à <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com.biblioproxy.uqtr.ca/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=125457193&site=ehost-live>
- Firsten-Kaufman, E., & Hildebrandt, C. (2016). *What are effective interventions for hoarding?* Repéré à http://eenet.ca/sites/default/files/EENet%20Rapid%20Review_Hoarding%20Interventions_Sept2016.pdf
- Forsyth, G., & Kielhofner, G. (2003). Model of human occupation. Dans P. Kramer, J. Hinojosa, et C.B. Royeen (dir.), *Perspectives on human occupation : Participation in life* (pp. 45-86). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Franks M., Lund D.A., Poulton D., & Caserta M.S. (2004). Understanding Hoarding Behavior Among Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work, 42*(3-4), 77-107. doi: 10.1300/J083v42n03_06
- Frost, R. O., Steketee, G., & Greene, K. A. I. (2003). Cognitive and Behavioral Treatment of Compulsive Hoarding. *Brief treatment and crisis intervention, 3*, 323-337. doi: 10.1093/brief-treatment/mhg024
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety, 28*(10), 876-884. doi:10.1002/da.20861
- Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenges in the treatment of hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(4), 404-413. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.07.004

- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., Fitch, K. E., & Selbo-Bruns, A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *J Anxiety Disord*, 23(5), 632-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.01.013
- Gajac, O. (2015). La notion de désaffiliation chez Robert Castel. *Revue du MAUSS permanente*. Repéré à <http://www.journaldumauss.net/?La-notion-de-desaffiliation-chez-1250>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Rapport sur l'isolement social des aînés*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines/page05.html>
- Gouvernement du Québec. (2017). Insalubrité. Repéré à <http://santepublique-outaouais.qc.ca/actualites/environnement-et-sante/insalubrite/>
- Greenberg, D. (1987). Compulsive hoarding. *American Journal of Psychotherapy*, 41 (3), 409–416. Repéré à <http://web.b.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d05489d2-dbd7-4fe1-966d-b9832ac5f596%40sessionmgr101>
- Keefe, J., Andrew, M., Fancey, P., & Hall, M. (2006). *Final Report: A Profile of Social Isolation in Canada*. Rapport présenté au président du Groupe de travail FPT sur l'isolement social. Repéré à https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/keefe_social_isolation_final_report_may_2006.pdf
- Kielhofner, G. (2002). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3^e éd.). Philadelphie, Pennsylvanie: F.A. Davis Company.
- Kress, V. E., Stargell, N. A., Zoldan, C. A., & Paylo, M. J. (2016). Hoarding Disorder: Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 83-90. doi:10.1002/jcad.12064
- Lallemant, M. (2016). *Thésaurisation pathologique au quotidien : Expérience des ergothérapeutes et perspectives des personnes clés* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7885/1/031383824.pdf>
- Landau, D., Iervolino, A. C., Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2011). Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 25(2), 192-202. doi: S08876185(10)00184-2 [pii] 10.1016/j.janxdis.2010.09.002
- Maurice, P., Lavoie, M., Levaque Charron, R., Chapdelaine, A., Bélanger Bonneau, H., Svanstrom, L., ... Romer, C. (1998). *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects*

- conceptuels et opérationnels*. Repéré à http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/promotion_de_la_sec.pdf
- Moreau, A. (2016). *L'accumulation compulsive : Perspectives de l'intervention psychosociale*. (Mémoire de maîtrise, Université Laval). Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/32576>
- Mueller A., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Glaesmer, H., & de Zwaan, M. (2009). The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 705-9. doi: 10.1016/j.brat.2009.04.005
- Muroff, J., Bratnotis, C., & Steketee, G. (2011). Treatment for hoarding behaviors: A review of the evidence. *Clinical Social Work Journal*, 39(4), 406-423. doi: 10.1007/s 10615-010-0311-4
- O'Connor, K., & Koszegi, N. (2016). *Trouble d'accumulation compulsive : Rapport final de la recherche de faisabilité*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/documents/Rapport%20final.pdf>
- O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M-E., & Koszegi., N. (2012). *Entre monts et merveilles : Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Québec, Canada : Éditions MultiMondes.
- Ong, C., Pang, S., Sagayadevan, V., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2015). Functioning and quality of life in hoarding: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.003>
- Park, J. M., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2014). Adult offspring perspectives on parental hoarding behaviors. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 328-334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.061>
- Raines, M. S., Allan, P. N., Oglesby, E. M., Short, A. N., & Schmidt, B.N. (2015). Specific and general facets of hoarding: A bifactor model. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 100-106. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.05.013
- Rossignol, V. (2001). *L'Entrevue motivationnelle: un guide de formation*. Repéré à <https://www.afdem.org/medias/AFDEM-guide-Rossignol-2001.pdf>
- Roster, C. A. (2015). "Help, I Have Too Much Stuff!": Extreme Possession Attachment and Professional Organizers. *Journal of Consumer Affairs*, 49(2), 303-327. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/joca.12052>

- Sampson, J. M. (2013). The Lived Experience of Family Members of Persons Who Compulsively Hoard: A Qualitative Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 388-402. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00315.x
- San Francisco Task Force on Compulsive Hoarding. (2009). *Beyond Overwhelmed: The Impact of Hoarding and Cluttering in San Francisco and Recommendations to Reduce Negative Impacts and Improve Care*. San Francisco, CA: San Francisco Task Force on Compulsive Hoarding.
- Snowdon, J., Pertusa, A., & Mataix-Cols, D. (2012). On hoarding and squalor: a few considerations for DSM-5. *Depress Anxiety*, 29(5), 417-424. doi: 10.1002/da.21943
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2014). *The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive Aspects of Compulsive Hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27(4), 463-479. doi: 10.1023/A:1025428631552
- St-Pierre-Delorme, M-E. (2015). *Trouble d'accumulation compulsive : portrait clinique et évaluation de la thérapie basée sur les inférences avec composante de réalité virtuelle*. (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/8098/1/D2926.pdf>
- Taylor, R. (2008). *The intentional relationship: Occupational therapy and use of self*. Philadelphie, Pennsylvanie: F.A. Davis Company.
- Tolin, D. F. (2011). Understanding and Treating Hoarding: A Biopsychosocial Perspective. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION*, 67(5), 517-526. doi: 10.1002/jclp.20795
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160, 200-211. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.008
- Tolin, D. F., Villavicencio, A., Umbach, A., & Kurtz, M. M. (2011). Neuropsychological functioning in hoarding disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 413-418. doi: 10.1016/j.psychres.2011.06.022
- Tompkins A. M. (2011). Working with Families of People Who Hoard: A Harm Reduction Approach. *Journal of clinical psychology: in session*, 67 (5), 497-506. doi: 10.1002/jclp.20797

- Tompkins, M. A. (2015). *Clinician's guide to severe hoarding: A harm reduction approach*. New York, É.-U.: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4939-1432-6
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74-84. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.010
- Winters, R. M. (2015). *The Hoarding Impulse: Suffocation of the Soul* (1^{ère} éd.). New-York, É.-U.: Routledge/Taylor & Francis Group.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1*. Repéré à http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf

ANNEXE A
RENOUVELLEMENT DE CERTIFICATION ÉTHIQUE

Le 14 décembre 2017

Madame Violène Dubreuil-Brizard
Étudiante
Département d'ergothérapie

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de renouvellement pour votre protocole de recherche intitulé : Élaboration d'un document de référence pour les ergothérapeutes sur les interventions et approches efficaces auprès des adultes et aînés présentant une problématique de thésaurisation pathologique (CER-17-231-07.08) en date du 14 décembre 2017.

Lors de sa 242e réunion qui aura lieu le 26 janvier 2018, le comité entérinera l'acceptation de la prolongation de votre certificat jusqu'au 30 janvier 2019. Cette décision porte le numéro CER-18-242-08-02.18.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

SOPHIE PARENT
Agente de recherche
Décanat de la recherche et de la création

SP/kl

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Mme Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie

ANNEXE B

LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS

Invitation à participer au projet de recherche :
Recommandations pour les ergothérapeutes sur les interventions efficaces auprès des adultes et aînés présentant une problématique de thésaurisation pathologique.

Violène Dubreuil-Brizard,
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Sous la supervision de Ginette Aubin, Ph.D.
Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Votre participation à ce projet d'essai de maîtrise, qui vise à outiller les ergothérapeutes concernant les interventions efficaces à utiliser auprès des adultes et aînés présentant une problématique de thésaurisation pathologique (TP), serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif général de ce projet est de formuler des recommandations pour les ergothérapeutes sur les interventions efficaces visant à aider les adultes et les aînés présentant une problématique de TP à accroître leur adaptation occupationnelle. L'adaptation occupationnelle englobe l'identité occupationnelle, qui est le sentiment identitaire de ce que la personne désire être compte tenu de ses expériences de vie, et la compétence occupationnelle, qui est le degré auquel la personne peut continuer à s'engager dans ses occupations de façon représentative de son identité occupationnelle. L'adaptation occupationnelle correspond donc à la construction d'une identité positive et à la réalisation d'une compétence dans le contexte de l'environnement propre à une personne, à travers le temps (Kielhofner, 2002).

Afin d'atteindre cet objectif général, ce projet comporte deux objectifs spécifiques :

- 1) Recenser les meilleures interventions à appliquer en ergothérapie afin d'aider les adultes et les aînés présentant une problématique de TP à accroître leur adaptation occupationnelle.
- 2) Documenter comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec un adulte ou un aîné présentant une problématique de TP et qui est réticent à recevoir de l'aide.

Votre participation à cette recherche permettra l'atteinte de ce deuxième objectif spécifique.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et, au besoin, de poser toutes les questions que vous souhaitez poser en utilisant les coordonnées indiquées à la fin de ce courriel.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue individuelle face-à-face ou téléphonique, si vous êtes en dehors de la région de la Mauricie. Cette entrevue sera

semi-structurée, enregistrée et sera d'une durée d'environ 30 à 50 minutes. Une grille de l'entrevue vous sera envoyée 3 jours avant celle-ci afin que vous puissiez vous préparer à l'entrevue, si vous le désirez. Vous n'aurez pas à remplir cette grille en vue de me la retourner, mais seulement de vous en servir pour vous préparer à l'entrevue.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré à participer à l'entrevue et, si vous désirez le faire, à vous préparer à l'entrevue avec la grille de l'entrevue, demeurent les seuls inconvénients. La grille de l'entrevue que vous recevrez 3 jours avant celle-ci vous permettra de vous préparer.

Bénéfices

Votre participation n'est reliée à aucun avantage direct. Toutefois, elle est reliée à un avantage indirect, soit de contribuer au développement des connaissances en ergothérapie concernant les interventions et approches efficaces à utiliser auprès des adultes et des aînés présentant une problématique de thésaurisation pathologique. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Toutefois, si vous le désirez, je vais vous envoyer une copie de mon essai en version électronique dès qu'il sera officiellement terminé, soit en décembre 2017.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée. Les résultats de la recherche diffusés sous forme d'exposé oral et dans l'essai critique ne permettront pas d'identifier les participants en aucune manière. Les données recueillies seront conservées dans des dossiers électroniques verrouillés par des mots de passe dans mon ordinateur personnel et dans un disque dur externe dans un classeur barré dans le laboratoire d'ergothérapie de l'UQTR et les seules personnes qui y auront accès seront moi-même et ma directrice de maîtrise Mme Ginette Aubin, professeure. Elles seront détruites un an après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2018, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles de mon projet d'essai.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi-même, Violène Dubreuil-Brizard, à mon adresse courriel : [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED] ou avec Ginette Aubin par courriel au [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED].

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-17-231-07.08 a été émis le 30/01/2017. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone [REDACTED] ou par courrier électronique [REDACTED].

ANNEXE C
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Violène Dubreuil-Brizard, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet de recherche *Recommandations pour les ergothérapeutes sur les interventions efficaces auprès des adultes et aînés présentant une problématique de thésaurisation pathologique*. J'ai bien saisi les conditions et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche, soit de participer à l'entrevue.

Participant	Chercheur
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Numéro du certificat : CER-17-231-07.08
Certificat émis le 30 janvier 2017

ANNEXE D

GRILLE D'ENTREVUE

Bonjour cher/chère ergothérapeute !

Tout d'abord, je vous remercie de consacrer de votre temps afin de contribuer à la réalisation de mon projet d'essai.

Avant de vous présenter la grille d'entrevue, voici un rappel de quelques informations :

➤ **Objectifs de mon essai :**

- **Objectif général** : Explorer l'expérience d'ergothérapeutes intervenant auprès d'adultes ou d'ânés présentant une problématique de thésaurisation pathologique (TP).
- **Objectif spécifique** lié à la réalisation d'entrevues auprès d'ergothérapeutes : Documenter comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une **relation thérapeutique** avec un adulte ou un âné présentant une problématique de TP.

- **La thésaurisation pathologique (TP)** : Une personne qui présente une problématique de TP a une difficulté persistante à se départir de ses biens. Cette difficulté a pour résultat une accumulation de biens qui encombrant les espaces de vie active de la personne et qui compromettent considérablement leur utilisation prévue.

Grille d'entrevue pour les ergothérapeutes ayant déjà intervenus pour une problématique de thésaurisation pathologique (TP) chez un adulte ou un âné réticent à recevoir de l'aide.

1. Auprès de **combien d'adultes ou d'ânés** présentant une problématique de TP et étant réticent(s) à recevoir de l'aide êtes-vous intervenu ?
2. **Par qui** cette/ces personne(s) vous a/ont-t-elle(s) été **référée(s)** ?
3. Quel était le **motif de référence** en ergothérapie de cette/ces personne(s) ?
4. Cette/ces personne(s) présentai(en)t-elle(s) d'**autres problématiques** (autres troubles de santé mentale ou physique, troubles cognitifs, pauvreté, instabilité résidentielle, relations sociales conflictuelles, etc.) en plus de la TP ?
Si oui, quelles étaient-elles ?

Maintenant, j'aimerais qu'on parle de votre expérience avec le client ayant une problématique de TP qui vous a posé **un plus grand défi au niveau de la relation thérapeutique**. Prenez un instant pour vous remettre dans le contexte. On va commencer au tout début du processus thérapeutique avec ce client.

5. **Par qui** cette personne vous a-t-elle été **référée** ?
6. Quel était le **motif de référence** en ergothérapie de cette personne ?
7. Cette personne présentait-elle d'**autres problématiques** (autres troubles de santé mentale ou physique, troubles cognitifs, pauvreté, instabilité résidentielle, relations sociales conflictuelles, etc.) en plus de la TP ?
Si oui, quelles étaient-elles ?
8. Prenez un instant pour vous remettre dans le contexte lorsque vous avez **rencontré ce client pour la première fois**.
Pouvez-vous me parler de comment s'est passée votre **première rencontre** avec cette personne ?

Si vous êtes allé **dans le domicile de ce client** :

9. Je vous demanderais de repenser au moment où vous avez **constaté l'accumulation** d'objets dans le domicile de ce client.
Pouvez-vous décrire **comment cela s'est passé** ?
10. Pouvez-vous me parler de **comment** vous vous y êtes pris pour **établir une relation thérapeutique** avec ce client ? Par exemple, comment se sont déroulées les **rencontres suivantes** avec cette personne ? Quelles **stratégies** avez-vous adopté ? Qu'est-ce qui a **motivé vos choix** ?
11. À **quel moment** avez-vous senti qu'une **confiance** s'est installée entre vous et ce client ?
12. **Qu'est-ce** qui vous a fait **sentir** qu'une **confiance** s'était installée ?
13. À **quel moment** avez-vous **abordé l'accumulation** d'objets avec cette personne ?
Qu'est-ce qui vous a fait **sentir** que c'était le **bon moment** ?
Comment l'avez-vous abordée ?
14. Quelles ont été les **réactions de la personne** relativement à cela ?
Quelles ont été vos **interventions par la suite** ?
15. Pendant **combien de temps** avez-vous vu cette personne en rapport avec sa problématique de TP ?
16. **Combien de fois** l'avez-vous vu en rapport avec sa problématique de TP ?
17. Quels ont été les **effets de votre intervention** ? Qu'est-ce qui a **le plus aidé la personne** ? Si vous n'avez pas revu cette personne concernant sa problématique de TP, quelles sont les **raisons de ne pas avoir poursuivi l'intervention** ?
18. Si vous n'avez pas revu cette personne concernant sa problématique de TP, quelles sont les **raisons de ne pas avoir poursuivi l'intervention** ?

19. **Comment** avez-vous fait pour **maintenir une relation thérapeutique positive** avec ce client?

Maintenant, de façon plus générale ...

20. Selon-vous, qu'est-ce que l'ergothérapeute doit **prioriser concernant ses interventions** avec un client ayant une problématique de **TP**, qui est **réticent** à recevoir de l'aide et qui présente d'autres **problématiques** ?
21. Que **recommanderiez-vous** à un ergothérapeute qui **constate une problématique de TP dans le domicile** d'un adulte ou d'un aîné réticent à recevoir de l'aide ?
- Que **recommanderiez-vous** à un ergothérapeute de **planifier** avec ce client pour la **suite du processus thérapeutique** ?
22. Avez-vous **quelque chose à ajouter** qui m'aiderait à répondre à mon objectif (documenter comment des ergothérapeutes établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec un adulte ou un aîné présentant une problématique de TP) ?

ANNEXE D
QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS

1. Quel est votre âge ?
2. Depuis combien de temps pratiquez-vous l'ergothérapie ?
3. Dans quel milieu et auprès de quelle clientèle travaillez-vous actuellement ?
4. Depuis combien de temps y travaillez-vous ?